Rok XXXIX. Kraków, 13 Stycznia 1900. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do techniki antroattikotomii [1]).

Podał

Dr. R. Barącz

Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Racyonalne leczenie przewlekłych ropotoków ucha środkowego datuje się od roku 1889, t. j. od czasu, w którym Küster [2]) i równocześnie prawie z nim Bergmann [3]) zastósowali ogólne prawidła nowoczesnej chirurgii do ucha środkowego. Zaufal [4]) i Stacke [5]) udoskonalili następnie metodę operacyjną i dziś operacyjne otwarcie przestworów ucha środkowego, czyli antroattikotomia według Chipaulta [6]), dzięki pracom wyżej przytoczonych autorów, należy do uznanych zabiegów chirurgicznych. Nie chcę tutaj zastanawiać się bliżej nad szczegółami metod, zaleconych przez wyżej przytoczonych autorów; zaznaczyć jednak muszę, że metoda Stackego najwięcej zyskała uznania. Metoda ta ma na celu dotrzeć przez oddzielenie i przemieszczenie małżowiny i błoniastego przewodu słuchowego do właściwego ogniska chorobowego — do uchyłku *(atticus, Kuppelraum, logette des osselettes)* i do jamy wyrostka sutkowego i usunąć pod kontrolą wzroku części chorobowo zmienione. Dolną część pozostałej wielkiej rynienkowatej jamy kostnej pokrywa się czworobocznym płatem, utworzonym z tylnej ściany błoniastego przewodu słuchowego. Od brzegu tego płatu pojawiają się wysepki naskórka, które, rozrastając się, przyczyniają się do zabliźnienia jamy i pokrycia jej na całej przestrzeni utkaniem skórzastem. Leczenie następowe trwa bardzo długo i przedstawia znaczne trudności; powodem tego jest obnażenie znacznej części ubytku, który goi się przez tworzenie ziarniny i powolne posuwanie się wysepek naskórka; naskórek niema przytem dobrych warunków odżywczych na twardem, mało unaczynionem utkaniu kostnem. Leczenie to polega głównie na tamponowaniu i przyżeganiu wybujałej ziarniny. Gojenie trwa przeciętnie podług Stackego $3^1/_2$ miesięcy, może jednak przeciągnąć się na rok, nawroty choroby przydarzają się też często

W celu skrócenia leczenia następowego podano wiele sposobów [7]), mających za zadanie pokrycie plastyczne większej części ubytku kostnego; równocześnie jednak zaniechano zamknięcia rany za uchem (Schwartze, Panse, Körner, Kretschmann, Reinhard, Passow, Siebenmann, Trautmann i inni).

Ponieważ jednak ze względów kosmetycznych chorzy niełatwo się zgadzają na trwałe pozostawienie jam za uchem, na pierwszeństwo zasługują te sposoby, które mają na oku możebnie szybkie wyrównanie ubytku. Także po usunięciu żółciołojaka *(cholesteatoma)*, pozostawiane umyślnie trwale uchyłki za uchem, komunikujące z przewodem słuchowym zewnętrznym, szpecą chorych do tego stopnia, że ostatecznie muszą być plastycznie pokryte (Mosetig-Moorhof [8]).

W celu szybszego pokrycia ubytku kostnego utkaniem skórnem i w celu skrócenia leczenia następowego po operacyi doszczętnej sposobem Stackego z zamknięciem rany zausznej, zastósowałem w trzech poniżej przytoczonych przypadkach modyfikacye plastyki, które zdaje mi się we wszystkich przypadkach przyczyniły się do trwałego wyleczenia.

Dwie te modyfikacye polegały 1) na przeszczepieniu płatków skóry sposobem Thierscha na część ubytku niepokrytą płatem Stackego, albo na 2) przeszczepieniu (transplantacyi) na ten ubytek większego płatu, wziętego z sąsiedniej skóry szyi podług Maasa. Po wrośnięciu płatu, a względnie płatków, zaszywałem i zamykałem trwale rany zauszne. Oba sposoby opisuję dokładniej w przytoczonych poniżej historyach chorób.

I i II przypadek. Michalina Hołowińska, dziewczynka siedmioletnia ze Lwowa, cierpi od ósmego roku życia na otok ropny w obu uszach. W drugim roku życia przebyła odrę i odtąd otok znacznie się zwiększył. Słuch ma zawsze przytępiony, leczenie miejscowe było bezskuteczne.

Badanie 12 sierpnia 1895 r. Dziecko o wejrzeniu zołzowem, nabrzmiałych wargach. Badanie wziernikiem wykazało ubytki w obu błonach bębenkowych, wybujałą ziarninę w obu ubytkach, obfity cuchnący ropotok. Słuch: lewem uchem słyszy głośną mowę na cztery metry, prawem na dwa metry, zegarka przyłożonego do małżowiny nie słyszy żadnem uchem.

Dnia 14 sierpnia 1895 r. po możliwie dokładnem odkażeniu prawego przewodu słuchowego i prawej okolicy zausznej, wykonano w uśpieniu chloroformowem antroattikotomię sposobem Stackego-Schwartzego [9]) na uchu

[1]) Według wykładu mianego na posiedzeniu nauk. Sekcyi lwowskiej Towarz. lekarzy galic. w dniu 3 stycznia 1896 z przedstawieniem chorych. Por. *Przegląd lekarski* 1896, Nr. 7, str. 88.

[2]) *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1889, Nr. 10—13.

[3]) v. Bergmann: *Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten.* II wydanie. Berlin 1898, str. 95.

[4]) Zaufal: *Prager medicin. Wochenschrift* 1890, 30 kwiecień.

[5]) *Berliner klinische Wochenschrift* 1889, Nr. 16, *Archiv für Ohrenheilkunde* XXXI, str. 201 i *Berliner klinische Wochenschrift* 1892, Nr. 4.

[6]) A. Chipault: *Chirurgie opératoire du système nerveux.* Tome I, str. 487—525.

[7]) Por. Ernst Reinhardt. *Die chirurgische Eröffnung der Mittelohrräume, Greifswald,* 1895 i Passow. *Eine neue Transplantationsmethode für die Radicaloperation bei chronischen Eiterungen des Mittelohres.* Berlin 1895.

[8]) *Centralblatt für Chirurgie* 1898, Nr. 46.

[9]) Modyfikacya metody Stackego przez Schwartzego polega na tem, że nie oddziela się całego lejka błoniastego przewodu słuchowego, tylko jego tylną i górną ścianę; przednią ścianę pozostawia się w związku z kością. Przez ujęcie wązkim hakiem tępym, zgiętym pod kątem prostym, oddzielonego przewodu słuchowego ku przodowi, ma się dostateczny przystęp dla wzroku ku błonie bębenkowej.

lewem. Cięcie łukowate, sięgające do kości, poprowadzone w odległości 4—3 mm. za nasadą małżowiny, sięgało od wyrostka jarzmowego *(processus zygomaticus)* do końca wyrostka sutkowego. Podwiązano trzy tryskające naczynia w ranie. Mięsień skroniowy *(m. temporalis)* przecięto w górnym kącie rany, okostnę oddzielono od kości aż do przewodu słuchowego. Wykonano typową antrotomię młotkiem i dłutem; w jamie sutkowej *(antrum mastoid).* obfita ziarnina i gęsta zielonawa ropa; ziarninę usunięto łyżeczką ostrą.

Następnie oddzielono na tępo tylną i górną ścianę błoniastego przewodu słuchowego od kości aż do błony bębenkowej zapomocą elewatora, przedarto ją na tępo przy błonie i ująwszy w hak ku przodowi, odsłonięto ubytek błony bębenkowej. Młotkiem i dłutem usunięto tylno-górną i górną ścianę kostnego przewodu słuchowego i pierścienia *(annulu-tympanicus)*, w ten sposób odsłonięto dokładnie uchyłek *(atticus)*. Uchyłek, wypełniony obfitą ziarniną, wyskrobano ostrożnie, oszczędzając jego wewnętrzną ścianę; w ziarninie wyskrobanej znaleziono kowadełko Resztki błony bębenkowej wycięto i młotek wyjęto kleszczykami. Następnie wprowadzono zgłębnik przez przedsionek do jamy *(aditus ad antrum)* do samej jamy sutkowej i młotkiem i dłutem usunięto zewnętrzną ścianę tego przewodu. W ten sposób zamieniono wszystkie przestwory ucha środkowego (uchyłek, przedsionek do jamy i samą jamę sutkową) w jedną rynienkowatą jamę, komunikającą z przewodem przez usunięcie resztek błony bębenkowej. Jamę tę wygładzono dokładnie, posługując się młotkiem i dłutem, lub łyżeczką ostrą tak, że przedstawia wszędzie ścianę połyskującą, białą. Górna powierzchnia dolnej ściany przewodu słuchowego kostnego, stanowiąca pokrycie kanału Fallopa, przedstawia się jako pagórek o spadzistych ścianach. Plastyka podług Stackego: w tym celu nożykiem gałkowatym, wprowadzonym przez przewód błoniasty, przecięto ten przewód podłużnie aż do nasady małżowiny; przez poprowadzenie drugiego cięcia pionowego od końca pierwszego cięcia utworzono płat czworoboczny *(por. Fig. I* i *Fig. II a)*, odwrócono go i wyścielono nim dolną

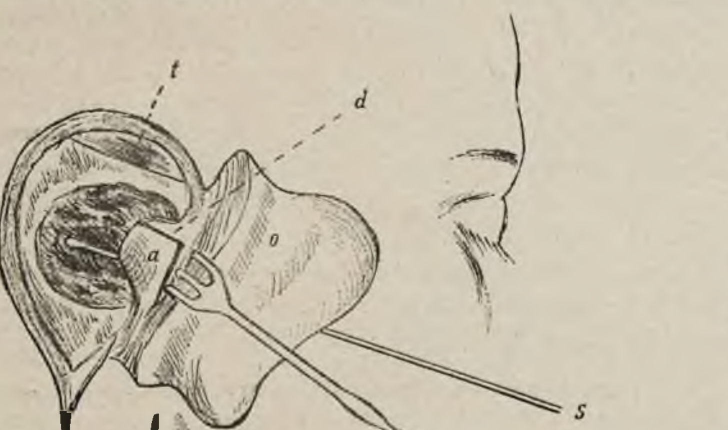


Fig. I.

a — płat Stackego czworoboczny, utworzony z tylnej ściany błoniasto-kostnego lejka przewodu słuchowego;
b — płat językowaty ze szyi;
d — górny brzeg podłużnie przeciętego błoniastego przewodu słuchowego;
o — oddzielona i zapomocą haka naprzód i ku dołowi przesunięta muszla uszna;
s — zgłębnik wprowadzony przez przewód słuchowy zewnętrzny do ubytku kostnego;
t — mięsień skroniowy *(m. temporalis)*.

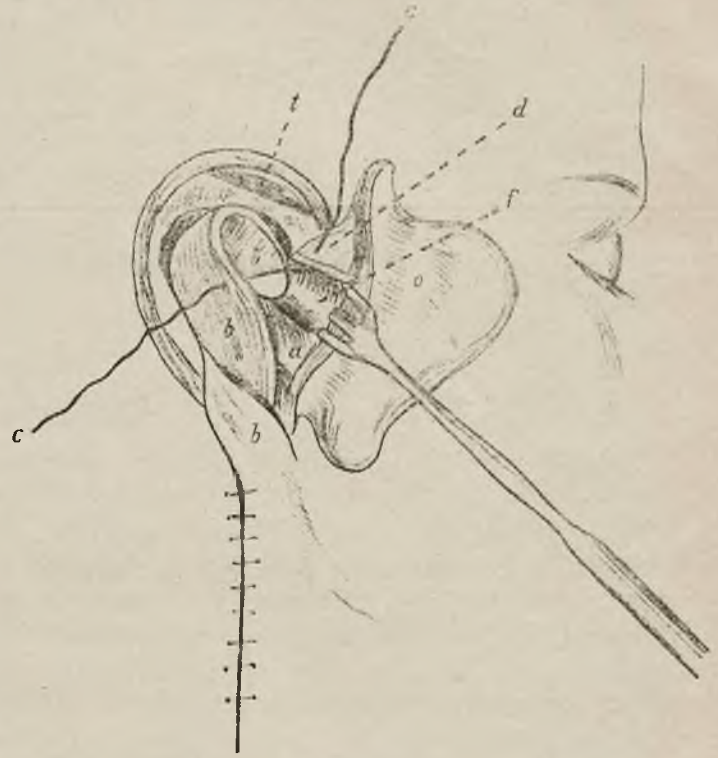


Fig. II.

a — płat Stackego odwrócony i nałożony na dolną część ubytku kostnego:
b — płat szyjny odwrócony, wprowadzony do ubytku i nałożony na ściany ubytku powierzchnią ranną; płat ten sięga aż do uchyłka:
c — nitka katgutu, którą zbliżono przedni brzeg płatu szyjowego do górnego brzegu podłużnie przeciętego błoniastego przewodu słuchowego;
f — tylna ściana przeciętego lejka przewodu słuchowego;
o — oddzielona i przesunięta małżowina;
t — mięsień skroniowy.

powierzchnię ubytku kostnego. Ranę części miękich zespojono tylko u samej góry, zresztą zostawiono ją otwartą. Jamę całą osuszono i wytamponowano gazą jodoformową przez ranę i przez przewód. Trwanie operacyi $1^1/_2$ godziny; uśpienie było utrudnione skutkiem kaszlu chorej; pierwszy akt operacyi wykonano przy świetle dziennem, drugi przy użyciu reflektora i lampy.

Dnia 16 sierpnia wykonano ten sam zabieg operacyjny na uchu prawem; kość była tu twardszą, zupełnie zbitą (eburnizowaną), a jama leżała głębiej (1 ctm. głęboko). W przestworach ucha środkowego znaleziono prawie ten sam stan, co w uchu lewem. Trwanie operacyi $1^1/_2$ godziny.

Chora ma się po obu zabiegach dobrze, nie gorączkuje, słuch jak przed operacyą; brak śladu porażenia nerwu twarzowego, nie ma zawrotów głowy.

Dnia 23 sierpnia zmiana opatrunku; niema żadnego sączenia, ani też przykrej woni. Przeszczepione płaty Stackego wrosły na dnie ubytków, reszta ubytków pokryta zdrową ziarniną. Tegoż dnia w uśpieniu chloroformowem osuszono oba ubytki kostne i przeszczepiono sposobem Thierscha płatki skóry, wzięte z obu ramion na części ubytków pokryte ziarniną; płaty te umocowano kawałkami papieru gutaperchowego i tamponikami z gazy jodoformowej, wprowadzonymi przez ranę za uchem; lekki opatrunek uciskowy.

Dnia 28 sierpnia zmiana opatrunku, wydzielina mierna, nie cuchnąca, płatki przyjęły się i obie jamy są przeważnie wyścielone utkaniem skórnem, tylko gdzieniegdzie widać ziarninę.

Dnia 2 września obie jamy są pokryte naskórkiem, dlatego wyskrobano dokładnie w chloroformowem uśpieniu ziarninę brzegów rany, bujającą częściowo do jam kostnych, osuszono obie jamy, wytamponowano je teraz przez przewody i zaszyto rany części miękich kilku szwami węzełkowymi; w ten sposób zamknięto więc szczelnie rany zauszne.

Dnia 4 września wydzielina nieco cuchnąca. Przy następnych opatrunkach wycierano ubytki kostne tamponikami z gazy sublimatowej, zanurzonymi w czystym wyskoku; od dnia 18 września pozostawiano tamponiki przez 48 godzin w jamach, zmieniając je co drugi dzień, ponieważ pomiędzy wyspami naskórka buja gdzieniegdzie ziarnina. Ziarninę przyżegano kwasem chromowym jeszcze dnia 15 grudnia 1895 i 15 stycznia 1896 r.

Dalsze leczenie polegało na przepłókiwaniu jam rozczynem kwasu borowego, osuszaniu i wdmuchiwaniu rozpylonego kwasu borowego. Ostateczne zabliźnienie nastąpiło 16 lutego 1896 r.

Badanie w tym dniu wykazywało: oba przewody słuchowe są znacznie szersze i krótsze, niż w stanie prawidłowym i prowadzą do obszernych jam, wyścielonych wszędzie suchym naskórkiem. W słuchu nastąpiła znaczna poprawa, mowę głośną słyszy chora uchem lewem na odległość 8 metrów, prawem na odległość 5—6 metrów; zegarek słyszy uchem lewem na odległość 10 ctm. od małżowiny, uchem prawem słyszy tylko przy przyłożeniu zegarka do małżowiny.

III przypadek. Jan Kammer, chłopiec 10-letni, cierpi na uporczywy ropotok cuchnący z prawego ucha, który dotąd leczono bezskutecznie.

Badanie dnia 4 września 1895 wykazuje: chłopak o cerze zdrowej; dno zewnętrznego przewodu słuchowego prawego wypełnione ziarniną: cuchnąca, obfita wydzielina; po wyskrobaniu ziarniny prawie zupełny ubytek błony bębenkowej. Retrakcya lewej błony bębenkowej. Lekki niedowład prawego nerwu twarzowego.

Słuch: prawem uchem słyszy mowę głośną zaledwie na $1^{1}/_{2}$ metra, zegarek zaledwie przy zetknięciu z małżowiną; lewem uchem słyszy mowę na odległość 4 metrów.

Dnia 6 września 1895, po odpowiedniem przygotowaniu, wykonano w uśpieniu chloroformowem antroattikotomię sposobem Stackego-Schwartzego, podobnie jak w poprzedzającym przypadku. Znaczne zesłoniowacenie (eburnisatio) kości; jama sutkowa *(antrum mastoideum)*, na 1 ctm. głęboko położona, zawierała obficie ziarninę. Podczas oddłutowania zewnętrznej dolnej ściany uchyłka *(atticus)* dłutkami, zaleconemi przez Stackego[10]), oddłutowano strop jamy bębenkowej *(tegmen tympani)* i odkryto w ten sposób oponę twardą na przestrzeni $1^{1}/_{2}$ ctm. długiej i około $^{1}/_{2}$ ctm. szerokiej. Następnie pod kontrolą ochraniacza Stackego, wprowadzonego do przedsionka i jamy sutkowej, usunięto dłutkiem przednią ich ścianę. Błona bębenkowa i kostki słuchowe były obrośnięte ziarniną. Ostrożne usunięcie ziarniny i wyskrobanie ścian uchyłka; kowadełko znaleziono w ziarninie; młotek wyjęto kleszczykami po wycięciu resztek błony bębenkowej. Przestwory kostne wygładzono, posługując się łyżeczką ostrą, młotkiem i dłutkiem, poczem ściana kostna przedstawia się wszędzie gładką, białą. Stropu przewodu Fallopiusza nie naruszono. Utworzono płat Stackego z tylnej ściany przewodu *Fig. I* i *II a)* i przystąpiono do plastycznego pokrycia reszty jamy kostnej płatem, wziętym ze skóry szyi.

W tym celu przedłużono cięcie skórne ku dołowi na szyję o jakie $6^{1}/_{2}$ ctm., zagięto je u dołu ku przodowi i poprowadzono znowu równolegle ku górze, aż do małżowiny. W ten sposób uzyskany około $1^{1}/_{2}$ ctm. szeroki, językowato kończący się płat skórny *(Fig. I b)*, odpreparowano od powierzchownej powięzi szyi aż do nasady, okręcono naokoło osi, wprowadzono do górnej części ubytku kostnego niepokrytej płatem Stackego, ułożono powierzchnią okrwawioną na ściany ubytku *(Fig. II b)* i przytwierdzono zewnętrzny brzeg tego płatu do ściany górnej podłużnie przeciętego przewodu słuchowego *(Fig. II c)*. Płat pokrywał także częściowo uchyłek *(atticus)* i obnażoną oponę twardą.

W ten sposób wszystkie przestwory ucha środkowego pokryto skórą. Jamę wytamponowano gazą jodoformową, częściowo przez przewód, częściowo zaś przez ranę w częściach miękich. Brzegi rany w ubytku szyjnym podminowano nieco i ubytek zaszyto liniowo, używając do szwu cienkiego jedwabiu; ranę zauszną zeszyto tylko w górnym odcinku. Opatrunek lekko uciskowy. Trwanie zabiegu 2 godziny; po operacyi niema śladu porażenia nerwu twarzowego.

Dnia 9 września 1895: pierwsza zmiana opatrunku, płaty trzymają się na miejscu, przesiąknięte krwią tampony usunięto i wytamponowano na nowo.

Dnia 11 września rany w częściach miękich zagojone przez rychłozrost. Skąpa niecuchnąca wydzielina. Tamponowanie.

Dnia 18 września (16-go dnia po operacyi) przecięto w uśpieniu chloroformowem most odżywczy przeszczepionego płatu, wycięto przytem nadmiar skóry i zaszyto ranę zauszną szwami węzełkowymi (por. *Fig. III)*. Jamę wytamponowano przez przewód słuchowy.

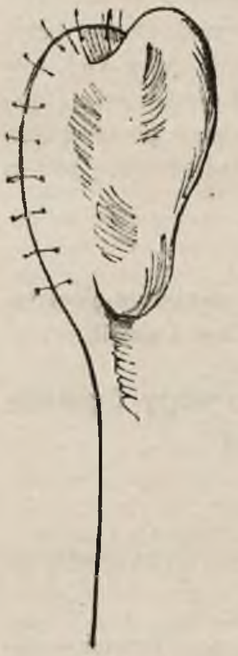


Fig. III.

Rana części miękich zespojona szwem, w przedłużeniu jej blizna na szyi po zaszyciu ubytku.

Dnia 26 września: płaty zupełnie wrośnięte, powierzchnię jamy wyściela wszędzie gładka, połyskująca skóra, z wyjątkiem górnej części jamy, gdzie na małej przestrzeni buja ziarnina; przyżeganie ziarniny kamieniem piekielnym.

Dnia 28 września rozeszła się zauszna rana na przestrzeni ziarna grochu; odtąd tamponowano jamę przez przewód słuchowy i przez ubytek za uchem.

Dnia 14 października odświeżono brzegi ubytku za uchem i zaszyto; odtąd trwałe zamknięcie ubytku; tamponowanie jamy gazą sublimatową odbywa się odtąd przez przewód; wpylanie proszku aristolu. Opatrunek zmieniano co 2-gi dzień.

Od 8 stycznia 1896 jama kostna jest trwale suchą, przewód słuchowy znacznie krótszy i szerszy, aniżeli w stanie prawidłowym, a przestwory słuchowe tworzą podłużną jamę, wyścieloną wszędzie suchą skórą. Za uchem znajduje się linijna blizna, okalająca nasadę małżowiny, przechodząca ku dołowi na szyję; długość całej blizny wynosi 12 ctm.

Badanie słuchu. Słuch w obu uszach lepszy niż przed operacyą; prawem uchem słyszy słowa mówione głośno na odległość 6 metrów (przed operacyą na $1^{1}/_{2}$ metra), lewem uchem na 6 metrów (przed operacyą na 4 metry).

Badanie chorego dnia 8 kwietnia 1896 wykazuje ten sam stan; w górnym odcinku jamy znaleziono nieco woskowiny.

Jak z przytoczonych historyi chorych okazuje się, mogą się płaty z sąsiedniej skóry szyi lub płatki Thierscha wgoić w ubytki kostne i przyczynić się do szybkiego pokrycia jamy utkaniem skórzastem; po wgojeniu płatów możemy ubytki za uchem zaszywać. Sądzę, że taki sposób epidermizacyi może dać trwalsze i pewniejsze wyniki, aniżeli dawny, polegający na przeszczepieniu płatu Stackego tylko

[10]) Dłutka te, odgięte na końcu ku tyłowi (celem lepszego chwytania kości), okazały mi się niepraktycznemi, ponieważ nie da się przy użyciu ich oznaczyć kierunku działania i łatwo można odsłonić niemi oponę twardą, jak w naszym przypadku.

na dolną część ubytku, gdzie z brzegów narastający naskórek pokryć musi powoli wielką powierzchnię ziarninującą; polecałbym zatem oba sposoby, osobliwie drugi, dalszym próbom.

Pierwszy mój sposób przeszczepiania (transplantacyi) różni się od sposobu Siebenmanna[11]) tem, że 1) ja przeszczepiłem płatki naskórka wprost na powierzchnię ziarninującą, bez wyskrobywania jej; 2) że zamknąłem ranę zauszną; Siebenmann skrobie ziarniny i zostawia jamę zauszną otwartą. Gdyby się udało jamę kostną osuszyć podczas pierwszego zabiegu, należałoby płatki przeszczepiać wprost na kość, a może uniknęłoby się drugiego zabiegu!

Drugi sposób przypomina metodę Passowa o tyle, że przy obu używa się płatów skórnych ze szyi. Tylko Passow używa krótkiego płatu i pokrywa nim brzeg trwale założonej jamy za uchem, ja zaś użyłem długi płat, który wprowadziłem aż do uchyłku, pokryłem nim całą tylną i górnę powierzchnię jamy kostnej, a po wrośnięciu płatu zaszyłem ranę zauszną.

Ponieważ cała odnośna literatura nie była mi dostępną, nie wiem czy modyfikacyj tych kto już nie zastósował, nie mogę zatem rościć sobie praw pierwszeństwa pomysłu.

Nadmienić tu jeszcze muszę, że wyżej opisane przypadki leczyłem ambulatoryjnie w poliklinice lwowskiej, i że antroattikotomie te są pierwsze wykonane we Lwowie. Całej swojej kazuistyki operacyj doszczętnych przy przewlekłych ropotokach ucha środkowego tutaj nie uwzględniłem; podam ją później na innem miejscu.

[11]) Por. Ernst Reinhardt l. c.

II. Z c. k. Szkoły położnych i Oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra A. Czyżewicza we Lwowie.

Kilka uwag o raku macicy podczas ciąży i porodu, oraz o jego leczeniu

podał

Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. ginekologicznego lwowskiego d. 8 listopada, 1899).

Podczas gdy Gusserow wykazał, że rak macicy niepowikłany z ciążą najczęściej się zdarza między 40 a 50 rokiem życia, według Sarweya (1) podczas ciąży występuje on najczęściej już między 30 a 40 rokiem życia. Mniej więcej na 2000 porodów przypada jeden powikłany z rakiem macicy. Najprawdopodobniej występuje rak macicy już przed rozpoczęciem ciąży, a dopiero podczas niej buja szybko, pozostając pod wpływem korzystnych warunków rozwoju. Przemawia za tem ta okoliczność, że nowotwór ten podczas ciąży jest już najczęściej daleko rozwinięty.

Nierównie rzadziej się zdarza rak macicy podczas ciąży u pierwiastek, niż u wieloródek. W przeciwieństwie do zdania Cohnsteina, nie ulega wątpliwości, że rak szyi, względnie części pochwowej macicy, utrudnia zapłodnienie. Rak zaś trzonu macicy zdaje się możność zapłodnienia całkowicie wykluczać, przynajmniej nie znamy do tej pory podobnego przypadku.

Rozpoznanie raka macicy podczas ciąży i porodu jest łatwem, gdyż nacieki rakowate twardością swoją jeszcze bardziej zwracają na siebie uwagę wobec rozpulchnienia części pochwowej. W nieregularnych odstępach występujące krwotoki, ropiaste odchody, bóle, są zwykłymi objawami raka. Początkowy wątpliwy okres rozstrzyga najczęściej badanie drobnowidowe.

Wiadomo, że w przeważnej liczbie przypadków ciąża nie zostaje przerwaną z powodu raka macicy, natomiast przyspiesza ciąża w wysokim stopniu jego rozwój. Jeżeli zwyrodnienie rakowate zajęło całą szyję, względnie część pochwową, wówczas może być poród bardzo utrudniony. Odpowiednio temu przedstawia statystyka porodów powikłanych z rakiem macicy smutny obraz z powodu krwotoków, zakażenia krwi i pęknięcia macicy. Rokowanie w porodzie tego rodzaju jest więc niekorzystne. Według Sarweya umiera 43,3% kobiet, chorych na raka macicy podczas lub wnet po porodzie. Statystyka ta przedstawia się o wiele korzystniej w ostatnich latach dzięki ogólnemu przyjęciu zasady, że jeżeli rak nie zajął jeszcze otoczenia macicy, wówczas, należy, bez względu na ciążę, macicę ciężarną bezwłocznie całkowicie wyciąć. Dawniej używany, a dzisiaj słusznie zaniechany sposób postępowania, polegający na sztucznem wznieceniu poronienia, względnie wczesnego porodu, a późniejszem całkowitem wycięciu macicy przez pochwę w połogu, nie wchodzi już dzisiaj w rachubę. Strata czasu, wynikająca z dwuczasowego operowania, nie daje się powetować przy nader szybkim przebiegu raka w ciąży i połogu, a udoskonalona technika operacyjna dozwala nam dzisiaj niemal zapoznawać trudności.

Do początku czwartego miesiąca daje się macica ciężarna w całości z łatwością wyciąć przez pochwę. Później zaś, tj. między czwartym miesiącem a końcem ciąży, mamy do wyboru między czterema sposobami operowania:

1. Cięcie cesarskie i całkowite wycięcie macicy zapomocą laparotomii (według metody Freunda); 2. cięcie cesarskie, prowizoryczne zeszycie rany macicy, zeszycie powłok brzusznych i całkowite wycięcie macicy przez pochwę (metoda Olshausena); 3. cięcie cesarskie, amputacya macicy ponad pochwą, zeszycie powłok brzusznych i wycięcie części pochwowej, tudzież szyi macicy przez pochwę (metoda Zweifla); 4. cięcie cesarskie przez pochwę i całkowite wycięcie macicy przez pochwę (metoda Dührssena).

Całkowite wycięcie macicy zapomocą laparotomii ma tę stronę ujemną, że niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej jest tutaj największe, gdyż zrakowaciała część pochwowa i szyja macicy dają się tylko do pewnego stopnia oczyścić. Pod tym względem ma metoda Olshausena i Zweifla bezsprzeczną wyższość, gdyż część macicy, dotknięta nowotworem, wcale się z otrzewną podczas operacyi nie styka; natomiast jest ujemną stroną tych metod kombinowanie dwóch sposobów operowania (zapomocą laparotomii i przez pochwę) i wynikająca ztąd strata czasu, potrzebna do oczyszczenia dwóch pól operacyjnych i zmiany ułożenia operowanej.

Pomimo tych stron ujemnych przedstawia całkowite wycięcie macicy zapomocą laparotomii według metody Freunda, Olshausena lub Zweifla, jedyny możliwy sposób operowania w przypadkach zwężenia miednicy wyższego stopnia. Z wyjątkiem zaś tych ostatnich przypadków jest stanowczo najlepszą metoda operacyjna Dührssena (2), opisana przez niego, jako „der vaginale Kaiserschnitt“. Metoda ta polega

na tem, że po wyłyżeczkowaniu i przypaleniu żegadłem Paquelina części pochwowej, względnie i szyi zrakowaciałej, po założeniu podwiązek z obu stron na dolną część *(basis)* więzów szerokich, po okrojeniu części pochwowej i oddzieleniu szyi macicy, zostaje szyja macicy na granicy zdrowej tkanki amputowaną zapomocą żegadła. Teraz następuje szybkie przepołowienie w środku przedniej i tylnej ściany macicy tak daleko, by można wydobyć płód, a po wyjęciu płodu i łożyska przepoławia się coraz wyżej macicę, otwiera otrzewnę z przodu i z tyłu i, wytoczywszy trzon macicy do pochwy, zakłada klamry lub podwiązki na więzadła szerokie i zeszywa otrzewnę Douglasa z otrzewną pęcherza. Dührssen widzi w swojej metodzie tę korzyść, że niebezpieczeństwo wstrząsu i zakażenia jest mniejszem, a unika się blizny polaparotomijnej. Także Michelini (3), Winter (4), Altherthum (5), Chrobak (6), Reckmann (7), Fritsch (8), Mittermaier (9), Seiffart (10), Schroeder (11), Acconci (12) i Jordan (13) zalecają mniej więcej i oddają wyższość metodzie Dührssena. Fritsch sądzi, że całkowite wycięcie macicy ciężarnej, dotkniętej rakiem, zapomocą laparotomii da się usprawiedliwić w przyszłości już tylko zwężeniem miednicy wysokiego stopnia. Seiffart zaś różni się tem od innych zwolenników metody Dührssena, że radzi wykonać całkowite wycięcie macicy przez pochwę dopiero w kilka dni po porodzie. Doświadczenia innych specyalistów dowodzą tymczasem, że odkładanie wycięcia macicy na późniejszy czas po porodzie operacyę utrudnia, podczas gdy szybki przebieg raka w ciąży i połogu nie dozwala zwlekać z radykalną operacyą.

Że całkowite wycięcie macicy przez pochwę bezpośrednio po porodzie nie przedstawia trudności, już przed Dührssenem wykazali Chrobak, Fehling i Neugebauer w przypadkach pęknięcia macicy podczas porodu. Dührssenowi jednak przypada w udziale zasługa, że zwrócił uwagę na możliwość i łatwość wydobycia z macicy przez pochwę nawet donoszonego płodu bez względu na to, czy poród już się rozpoczął lub nie. Metodę Dührssena musimy dlatego nazwać bardzo znacznym postępem techniki operacyjnej, warunkiem jednak jej wykonalności jest dostatecznie obszerna miednica.

Przychodzę zatem do następującego wniosku:

Jeżeli rak macicy podczas ciąży, względnie porodu, daje się jeszcze radykalnie operować, wówczas jest naszem zadaniem macicę bezzwłocznie całkowicie wyciąć. W tym celu nadaje się zawsze najlepiej operacya przez pochwę, z wyjątkiem przypadków zwężenia miednicy wyższego stopnia. Do czwartego miesiąca ciąży można macicę w całości z łatwością przez pochwę wyciąć. Po czwartym miesiącu potrzeba, w celu zmniejszenia macicy, pęcherz płodowy przebić, a w ostatnich miesiącach ciąży, względnie podczas porodu, najpierw wypróżnić macicę według metody Dührssena („der vaginale Kaiserschnitt") i bezpośrednio potem całkowicie przez pochwę wyciąć. Tylko przy zwężeniu miednicy wyższego stopnia wykonujemy laparotomię, cięcie cesarskie, zeszywamy prowizorycznie macicę i wycinamy ją przez pochwę według metody Olshausena, lub amputujemy macicę i wycinamy część pochwową i szyję macicy przez pochwę według metody Zweifla. Wybór co do tych dwóch metod zawisł od stopnia zwężenia miednicy, więc oddamy pierwszeństwo metodzie Zweifla przy bezwzględnem zwężeniu miednicy.

Jeżeli zaś rak macicy podczas ciąży lub porodu zajął już jej otoczenie, nie nadaje się zatem do operacyi doszczętnej, wówczas powinniśmy mieć wyłącznie wzgląd na życie płodu. Czekamy więc do końca ciąży i pozostawiamy ukończenie porodu siłom natury w przekonaniu, opartem na doświadczeniu, że bardzo wielka ilość tych porodów przebiega bez pomocy lekarskiej, a dopiero, gdyby się tego okazała potrzeba, kończymy poród sztucznie, robimy nacięcia, zakładamy kleszcze lub wykonujemy obrót. Przy wielkich naciekach nowotworowych, wykluczających możność urodzenia się żywego płodu przez pochwę, wykonujemy cięcie cesarskie, a wyjątkowo robimy wymóżdżenie, jeżeli mamy do czynienia z nieżywym płodem.

Zasady te zastósowałem do przypadku, który z końcem lipca b. r. miałem sposobność leczyć.

P. K. 31 l., z Kluczowa Wielkiego w Galicyi, rodziła 4 razy, ostatni poród przed 3 laty. Miesiączka występowała zawsze regularnie. Do grudnia r. z. była zdrowa. W tym czasie spostrzegła, że ma silne białe upławy, a od 4 miesięcy stały się one różowe. Od kwietnia br. cierpi prawie ciągle na silne bóle w brzuchu. Ostatnia miesiączka miała miejsce z początkiem stycznia b. r. Przed 8 tygodniami uczuła pierwsze ruchy płodu.

Stan obecny: Osoba dość dobrze odżywiona, skóra żółtawa, opatrzona skąpą podściółką tłuszczową. Błony śluzowe dobrze zabarwione. W dolnej połowie brzucha guz gładki i okrągły, sięgający nieco ponad pępek i kurczący się przy dotykaniu. Nie ulega więc wątpliwości, że odpowiada on macicy przeszło od 6 miesięcy ciężarnej. Część pochwowa pokryta rozpadającemi się nierównościami, które dają się wyczuć także wewnątrz szyi macicy. Warga przednia macicy w środku jeszcze dobrze utrzymana, z obu stron jednak części pochwowej znajdują się lejkowate, rozpadające zagłębienia. Warga tylna macicy zniszczona w znacznej części, zwłaszcza ku stronie lewej. Lewe *ligamentum cardinale* naciekłe. Z szyi macicznej wydostaje się żółta, cuchnąca wydzielina. Miednica prawidłowa.

25/7 Wyskrobanie części pochwowej i szyi macicy ostrą łyżeczką i przypalenie żegadłem. Następnie dokładne oczyszczenie i odrażenie pochwy i szyi macicznej, okrojenie części pochwowej, oddzielenie pęcherza, otwarcie otrzewnej z przodu i z tyłu macicy i zeszycie jej z przednią i z tylną ścianą pochwy. Założywszy od dołu z obu stron na *parametria* po jednej klamrze, przeciąłem więzadła szerokie między klamrami a szyją macicy, przepołowiłem w środku przednią ścianę szyi macicy, przebiłem pęcherz płodowy, uchwyciwszy nóżkę, wydobyłem płód i przecinając stopniowo coraz dalej ku górze przednią ścianę macicy, wytoczyłem z łatwością macicę przez przednie sklepienie. Resztę więzów szerokich zaopatrzyłem z obu stron jedną klamrą i wyciąłem macicę. Ponieważ dolna lewa klamra uchwyciła tkankę naciekłą, więc założyłem nową klamrę ile możności daleko na zewnątrz w tkance zdrowej i wyciąłem kawałek lewego więzadła szerokiego. Między klamry wsunąłem gazę jodoformową.

Utrata krwi podczas operacyi była nieznaczna. Wogóle cały zabieg dał się wykonać bez trudności i jakkolwiek odklejenie i osobne wydobycie łożyska, — jak to Dührssen czyni, — byłoby jeszcze bardziej ułatwiło operacyę przez zmniejszenie objętości macicy, zrzekłem się tego ułatwienia, gdyż miałem do czynienia z niezbyt dużem łożyskiem, odpowiadającem siódmemu miesiącowi ciąży.

Założenie dwóch klamer na dolną część więzów szerokich przed przepołowieniem szyi i przedniej ściany macicy zapobiegło silniejszej utracie krwi, nie ulega jednak wątpliwości, że klamry utrudniały wydobycie płodu, dlatego lepiej jest założyć jedwabne podwiązki, stósownie do zalecenia Dührssena.

Przebieg po operacyi był prawidłowy z wyjątkiem rozwolnienia, które wystąpiło po dziesięciu dniach i utrzymywało się przez czternaście dni, sprowadzając znaczne osłabienie i powolną rekonwalescencyę.

Łatwość operacyi i szczęśliwy przebieg tego przypadku potwierdzają w zupełności wartość cięcia cesarskiego przez pochwę, w połączeniu z bezzwłocznem całkowitem wycięciem macicy przez pochwę, przy raku macicy podczas ciąży i porodu.

Piśmiennictwo:

1) Sarwey. Handbuch der Gynaekologie v. J. Veit 1899. II. 1. 2) Dührssen. Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin 1896 i *Centralblatt f. Gynaekologie*, 1897. Nr. 30. — 3) Michelini. Isterectomia cesarea vaginale per cancro del collo dell'utero. — 4) Winter. *Centralblatt f. Gynaekologie*, 1897. Nr. 25. — 5) Alterthum. *Ibidem*, 1897. Nr. 27. — 6) Chrobak. *Ibidem*, 1897. Nr. 37. — 7) Reckmann. *Ibidem*, 1897. Nr. 47. — 8) Fritsch. *Ibidem*, 1898. Nr. 1. — 9) Mittermaier. *Ibidem*, 1898. Nr. 1. — 10) Seiffart. *Ibidem*, 1898. Nr. 5. — 11) Schroeder. *Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie*, 1898. B. 39. Hft. 3. — 12) Acconci. *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie*, 1899. B. 9. Hft. 3. — 13) Jordan. *Przegl. lek.* 1899 Nr. 14.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Barth: **Ueber den gegenwärtigen Stand der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.** Wykład wstępny, miany na wszechnicy lipskiej. (*Joh. Ambr. Barth.*, Lipsk, 1899).

Treść tej pracy właściwie nie odpowiada jej tytułowi, gdyż nie znajdujemy w niej sprawozdania ze stanu nauki, lecz raczej przedstawienie usterek nauczania, braku dostatecznej wiedzy z tej dziedziny u lekarzy praktycznych, oraz wykazanie konieczności zaradzenia złemu. Zresztą zupełnie się zgadzamy z tendencyą i z wywodami rozprawy. Autor stara się udowodnić potrzebę równouprawnienia w planie nauczania uniwersyteckiego przytoczonych w tytule gałęzi wiedzy lekarskiej z innymi działami nauki; przemawia przekonywająco za konieczną potrzebą urządzenia samoistnych katedr dla tych przedmiotów i wciągnięcia ich do obowiązkowego planu nauczania i egzaminowania, żeby każdy lekarz był zmuszony do nabycia choć najniezbędniejszych wiadomości ogólnych, w celu uniknięcia grubych uchybień, narażających zdrowie i życie chorego, a lekarzowi obciążających sumienie. Brak tych wiadomości u ogółu lekarzy jest istotną przyczyną rozkwitu stanu tak zw. „specyalistów sześciotygodniowych“ (Sechswochen-Specialisten, t. j. lekarzy, mieniących się specyalistami po wzięciu 6-tygodniowego kursu).

Dalej narzeka autor na brak zrozumienia i wyrozumiałości ze strony profesorów innych dobrze wyposażonych działów w wydziale lekarskim, oraz ze strony decydujących władz, zajmujących nieprzychylne stanowisko wobec tej sprawy; złote to są słowa, które gorąco należy polecić uwadze odpowiednich czynników i u nas. Wobec zarzutu, podniesionego przez przeciwników i tyczącego się zbytniego rozdrobnienia nauki lekarskiej, oraz wybujania szkodliwej jednostronności, podnosi autor, że można temu zapobiedz, dając pierwszeństwo przy obsadzaniu tych katedr nie kandydatom, którzy zaraz po złożeniu egzaminów oddali się wyłącznie swojej specyalności, lecz takim, którzy się dalej kształcili w zakresie medycyny. Tym sposobem działy te mogą tylko zyskać i można uniknąć, by kandydaci na te stanowiska specyalne nie stracili związku z medycyną ogólną.

Przeczytanie tej wykwintnie wydanej rozprawy, napisanej jasno, treściwie i pięknym stylem, jest wielkiem zadośćuczynieniem dla specyalistów omawianych w niej gałęzi medycyny. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Prof. Hueppe. **Nasze zadania wobec gruźlicy.** (*Berliner klin. Wochs.* 1899 Nr. 44). Jakichkolwiek środków chwycić się należy w walce z gruźlicą, w każdym razie, jeżeli walka ta ma być skuteczną, potrzeba, aby sprawą tą zajęli się lekarze, i aby uwaga ogółu lekarskiego stale zwróconą była w tę stronę. Do tego jednak konieczna, aby lekarze sami mieli dostateczną sposobność, jaknajszybciej zapoznawać się z postępami nauki o gruźlicy i jej leczeniu i dzielić się wzajemnie swemi spostrzeżeniami i doświadczeniem; co oczywiście dziać się może tylko na zebraniach lekarskich, przedewszystkiem zaś na zjazdach, gromadzących licznych uczestników. Pod tym względem okazało się nader korzystnem utworzenie sekcyi dla spraw gruźlicy na zjazdach niemieckich lekarzy i przyrodników w Brunszwiku w r. 1897 i w Düsseldorfie w r. zeszłym. Bezpośrednim owocem działalności tych sekcyj było z jednej strony zorganizowanie zeszłorocznego międzynarodowego zjazdu dla spraw gruźlicy w Berlinie, z drugiej zaś stworzenie stałej komisyi dla spraw gruźlicy w Niemczech, która znów na tegorocznym zjeździe monachijskim zorganizowała zbiorowe posiedzenie kilku sekcyj, poświęcone wyłącznie gruźlicy. Otwierając to posiedzenie, streszcza H. w szerokich rysach obecny stan tej sprawy pod względem teoretycznym i praktycznym i czyni przegląd zadań, pozostających do wypełnienia na przyszłość.

Przedewszystkiem stwierdza H, że okres skrajnych prądów bakteryologicznych szczęśliwie mija, a złagodzenie różnic w poglądach pod tym względem tylko na korzyść w walce z gruźlicą wyjść może. Minął czas entuzyazmu dla tuberkuliny, który niewątpliwie znacznie zahamował, a nawet chwilowo powstrzymał, ruch w kierunku uzdrowisk ludowych, w walce z gruźlicą pierwszorzędną wagę posiadający. Z drugiej strony wyleczono się znacznie z błędnego poglądu, wynikającego z jednostronnych zapatrywań na etyologię i patogenezę gruźlicy, jakoby suchotników należało, na kształt trędowatych, więzić w zakładach, „na których szczycie, zamiast sztandaru humanitaryzmu, zatknięto tylko spluwaczkę“. Zadanie zakładów polega nie na odosobnieniu chorych na gruźlicę, ale na ich leczeniu; walka z gruźlicą ma być oprócz tego skierowaną na pole zwiększenia odporności społeczeństwa przez szeroką działalność higieniczną. Jeżeli nie ulega wątpliwości, że prątek Kocha jest sprawcą gruźlicy, to również stało się dziś pewnikiem, że on sam nie wywoła zmian chorobowych w ustroju, jeżeli równocześnie ustrój ten nie jest do zachorowania usposobiony. Nowoczesne odkrycia bakteryologiczne w niczem tej zasady starych lekarzy nie osłabiły; czas pokazał, że sprawdza się ona we wszystkich chorobach zakaźnych, w których powstawaniu odgrywają rolę zawsze trzy czynniki: zarazek chorobotwórczy, usposobienie osobnicze i warunki przeniesienia się zakażenia. Trzy te czynniki są wielkościami zmiennemi i ztąd też wzajemny ich stosunek może w każdym poszczególnym przypadku być bardzo rozmaity. *) Ztąd też i odnośnie do prątka gruźliczego stwierdzono już fakt, że zarazki jadowite mogą się znajdować na błonach śluzowych zdrowych ludzi, nie przynosząc żadnej szkody dla ustroju, byleby on nie posiadał usposobienia do przyjęcia zakażenia. Przytem w nauce o samymże prątku gruźliczym pojawiło się w ostatnich czasach kilka zagadnień, nie zupełnie jeszcze rozwiązanych, jako to: stosunek prątka gruźlicy ludzkiej do prątka gruźlicy ptasiej, — cała jeszcze nie rozstrzygnięta sprawa tzw. gruźlicy rzekomej; wszystko to zdaje się według dotychczasowych badań przemawiać za tem, że prątek gruźliczy może być w pewnych warunkach

*) Myśl tę rozwinął w ostatnich czasach Martius w odniesieniu do chorób zakaźnych wogóle w wykładzie publicznym na Zjeździe lek. i przyr. niem. w Düsseldorfie w r. z. i w pracy: „Pathogenese innerer Krankheiten. I. Infectionskrankheiten“ 1899. — U nas poruszył te zagadnienia odnośnie do gruźlicy Hewelke w zajmującej pracy, ogłoszonej w „Kronice lek.“ 1899. Nr. 1. 2. 3. *Przyp. spraw.*

saprofitem, przebywającym całe okresy rozwoju poza ustrojem ludzkim. Jadowita, chorobotwórcza odmiana prątka Kocha rozwinęćby się więc była musiała z biegiem czasu z odmian względnie nieszkodliwych, zastosowując się powoli tylko do obecnie znanych warunków życia pasorzytniczego. Takie przystosowanie się drobnoustroju jest jednak możebnem tylko wówczas, gdy spotyka on sprzyjające temu czynniki w postaci pewnego usposobienia tkanek zwierzęcych ustrojów. Ta strona etyologii gruźlicy nie tylko nie była na zjeździe berlińskim dostatecznie wyjaśnioną, ale nawet wcale jej tam nie poruszano. A jednak jest ona nietylko teoretycznie, lecz i praktycznie niesłychanie ważną, gdyż tylko na podstawie znajomości tych osobniczych warunków zakażenia może sobie praktyczna medycyna, mająca do czynienia z osobnikami, wyrobić zasady postępowania leczniczego. Oczywiście nie zawsze postępowanie to osiągnie całkowity skutek; ale wszak i w wielu innych chorobach bywa tak samo, i wielkiem już zwycięztwem jest powrócić chorym względne zdrowie na szereg lat, uzdrowić ich w znaczeniu społecznem, to jest powrócić im zdolność do pracy, przyczem dla chorego jest obojętnem, czy on odkrztusza plwocinę z większą, czy mniejszą ilością prątków. Ten jedynie właściwy punkt widzenia powinien przeniknąć do umysłów lekarzy, znarowionych poglądami ze skrajnie bakteryologicznego okresu medycyny. Należy też lekarzom praktycznym uprzystępnić znaczenie tych postaci gruźlicy, w których drobne ogniska chorobowe stanowią ciągłe niebezpieczeństwo dla ustroju, oraz w których pewne następowe usadowienia się sprawy gruźliczej są dla chorego i jego otoczenia dolegliwe lub groźne; z tego względu pożądanem jest opracowanie gruźlicy błon śluzowych, krtani i jej sąsiedztwa, oraz skóry, w formie, uwzględniającej potrzeby lekarzy praktycznych.

H. broni się przeciw zarzutowi, że, chociaż sam bakteriolog, lekceważy zdobycze bakteryologii, o ile chodzi o walkę z gruźlicą. Należy bowiem raz stanowczo stwierdzić i uznać, że naukowe dociekania etyologiczne muszą na pierwszym planie, jako czynnik najważniejszy, postawić usposobienie, skłonność do choroby; w ten tylko bowiem sposób zdoła się nauka wyrwać z więzów skrajnych bakteryologicznych poglądów. To zapatrywanie wcale jednak nie wyklucza zasady, że należy walczyć także przeciw samym chorobotwórczym bakteryom; przeciwnie, kierując się niem, można dopiero obiecywać sobie pomyślne skutki w zwalczeniu chorób zakaźnych. W stosowaniu odkażania nie należy być zaślepionym i pamiętać trzeba zawsze, że pierwszym i najważniejszym czynnikiem w odkażaniu musi być czystość i że odkażanie wtedy tylko osiągnie praktyczne skutki, jeżeli się je zastósuje tam tylko, gdzie ono rzeczywiście może dosięgnąć zarazków. Prątków gruźliczych nie zdołamy zniszczyć, gdy one już unoszą się w pyle; naszym środkom dostępne są one natomiast w plwocinach chorych. W tym kierunku może państwo działać tylko w dostępnym sobie zakresie (szkoły i zakłady publiczne, fabryki); reszta wkracza w życie prywatne, w którem przedewszystkiem krzewić należy zasady czystości fizycznej i ochędóstwa. Z tego stanowiska zażarta walka między Flüggem a Cornetem o to, czy oprócz suchego pyłu tkwi niebezpieczeństwo zakażenia w rozkraplanej przy kaszlu plwocinie, niema właściwie doniosłości praktycznej, bo ogólna zasada czystości i ochędóstwa jedno i drugie zarazem uwzględnia. W zakresie społecznym zerwać należy w zwalczaniu gruźlicy z polityką półśrodków. Tu mianowicie otwiera się pole wpływu na ów ważniejszy czynnik etyologiczny w szerzeniu się gruźlicy, t. j. na usposobienie ustroju. Właśnie pod tym względem zwalczanie gruźlicy może i powinno stać się sprawą ogólnego znaczenia zapomocą rozumnych, czynnych ulepszeń higienicznych, zmierzających do poprawy zdrowia całej ludności. Prawda, że ta droga jest długą i na wynik poczekać potrzeba; ale wynik będzie tem pewniejszy, byleby każdy lekarz przejął się swojem zadaniem higieniczno-społecznem. Środki zaradcze przeciw gruźlicy są tu jednoznaczne z poprawą zdrowia społeczeństwa wogóle (higiena mieszkań, zwłaszcza robotniczych, żywienie się ludności lepsze, fizyczne wychowanie młodzieży, zabawy ludowe). Przewodnikiem w pracy powinno być przekonanie o błędności teoryi Weissmana w bezwzględnem jej brzmieniu, jakoby nabyte własności ustroju nie mogły być odziedziczane; przeciwnie, nabyte wady i przymioty mogą przekazywać się dziedzicznie, ztąd wszystkie zastosowane środki muszą wywrzeć wpływ pomyślny na odporność przyszłych pokoleń. *C.*

Marandon de Montych. **O zmianach i zaburzeniach ruchowych w pierwszych dwóch okresach porażenia postępowego.** *(Le bulletin médical 15—IX. 1899).* Zaburzenia ruchowe w 2 pierwszych okresach porażenia postępowego rozwijają się w trzech typach, mianowicie, jako typ jednostajny, gdzie porażenia pozostają niezmiennemi; jako typ postępowy, gdzie się ciągle zwiększają, lub w końcu jako typ przemienny, w którym albo się zwiększają albo zmniejszają. Według badań autora zaburzenia ruchowe pozostają najczęściej niezmiennemi podczas trwania tego samego okresu i to więcej podczas drugiego,aniżeli pierwszego. Jeśli zaś przebieg przestaje być jednostajnym, to w pierwszym okresie góruje typ postępowy, a w drugim przemienny. Wziąwszy razem oba okresy, najczęstszym jest typ postępowy, za nim idzie postać przemienna; w $^1/_3$ przypadków spostrzegał autor, iż zaburzenia ruchowe początkowego okresu nie zmieniały się w fazie przejściowej. I w pierwszym i w drugim okresie zaburzenia ruchowe odnoszą się pod tym względem do obu okresów razem wziętych. Prawie w $^1/_4$ przypadków zaburzenia ruchowe są stale łagodnemi, tak podczas trwania okresu pierwszego, jak i drugiego; przeciwnie zaś, w 16% występuje charakter postępowy przez rozwinięcie się nagle z fazy początkowej, jednak najczęściej cierpienie przybiera charakter postępowy przy przejściu z okresu pierwszego w drugi. W pierwszym okresie tylko wtedy objawia się przebieg przemienny zaburzeń ruchowych, gdy te zaburzenia nie są wybitne, podczas gdy w miarę postępu choroby zajmuje ona wszystkie narządy ruchowe.

W pierwszym okresie porażenia ruchowego na tle kiłowem, nigdy zaś na jakiem tle innem, spotykał autor rozwój przemienny, jeśli ta postać przemienna nie występowała, rozwój był, raczej jednostajny niż postępujący. Przy istnieniu tła urazowego występował typ jednostajny, u alkoholików — postępowy.

W postaciach opartych na tle innem typ jednostajny był 2 razy częstszym od postępowego, postaci przemiennych nie było wcale. W drugim okresie osobno wziętym, lub w obu okresach razem, w porażeniach postępowych na tle alkoholizmu i urazu, a szczególnie w tych ostatnich, rozwój był postępowy, podczas gdy w przypadkach na tle 3 pierwszych zwykłych przyczyn występował typ jednostajny z dążnością do postępu. W pośrodku między niemi stawia autor porażenia postępowe na tle kiłowem z przebiegiem przemiennym. Według badań autora rozwój powolny, t. j. przemienny, a jednak jednostajny, był w pierwszym okresie tej choroby właściwy wiekowi podeszłemu lub przedwcześnie zestarzałemu, postać zaś szybkiego przebiegu z charakterem postępującym odpowiadałaby wiekowi średniemu. To samo spotyka się w drugiej fazie oddzielnie wziętej tak, iż w drugim okresie porażenia postępowego przedwczesnego w $^1/_5$ przypadków rozwój bywa szybki postępowy, w $^4/_5$ zaś rozwój powolny przemienny, lecz pomimo tego jednostajny. Jednakże, gdy chorobę weźmiemy jako całość w jej postępie, to znajdujemy przeciwnie *maximum* rozwoju postępowego w porażeniach postępowych przedwczesnych lub wieku późnego, a *maximum* postaci powolnych jednostajnych i przemiennych w wieku średnim.

W obu okresach porażenia postępowego, wziętych razem lub z osobna, typowym jest przebieg jednostajny; gdy postać umysłowa choroby zostaje tą samą. Dwa inne typy: przemienny i postępowy, pojawiają się w porażeniach postępowych, w których postacie umysłowe zmieniają się.

Wedle autora, zmiany okresów spokoju i podniecenia psychicznego u ludzi, dotkniętych porażeniem postępowem, zostają bez wpływu na rozwój zaburzeń ruchowych.

Dr. Józef Latkowski.

Aug. Łogucki. **Parachlorfenol i Menthoral w zastosowaniu do leczenia gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych.** (*Kronika lekarska*, 1899. Nr. 20). Po krótkiem streszczeniu literatury tego przedmiotu podaje autor własne swoje doświadczenia, poczynione z parachlorfenolem na oddziale Dra. Sokołowskiego, na 21 chorych, z których 16 było dotkniętych zmianami w krtani, jeden owrzodzeniem gruźliczem błony śluzowej przegrody nosa i jedna chora owrzodzeniem tylnej ściany gardzieli i migdałka. Używano 5—10% pędzlowań, $^1/_4$—$^1/_2$% wziewań rozczynu glicerynowego. Pewni chorzy tego leku nie znosili z powodu jego przykrego zapachu i smaku. Prawie wszyscy chorzy, u których tego środka używano, doznali ulgi niekiedy już po jednorazowem zapędzlowaniu, zwłaszcza przy połykaniu. Pod wpływem tego środka błona śluzowa nieco bieleje i pulchnieje. Małe, powierzchowne nacieki i owrzodzenia prędko się poprawiały, zwłaszcza przy dobrym stanie ogólnym chorych. Gorączkujący chorzy ze znacznemi zmianami w płucach nie doznali poprawy. Z ogólnej liczby 21 w 8 przypadkach Ł. otrzymał mniej lub więcej wyraźną poprawę. Parachlorfenol nie jest zatem środkiem swoistym, jednak stanowi lek, który w pewnych przypadkach dobrze działa, łagodząc bóle, zmniejszając objawy zapalne, pomagając do zabliźnienia się owrzodzeń.

Dobre skutki, które otrzymano za pomocą glicerynowego rozczynu mięszaniny fenolu z mentolem, używanego w ostatnich latach prawie wyłącznie na wspomnianym oddziale warszawskim, dały pochop do polecenia firmie Heydena, by wykonała mięszaninę parachlorfenolu z mentolem pod nazwą *menthorol*, który, jako lepiej przez chorych znoszony, okazał się wolnym od ujemnych cech parachlorfenolu. Mentoral przedstawia się jako płyn dość gęsty, o zapachu mniej nieprzyjemnym i smaku mniej przykrym i został zastósowany w rozczynach glicerynowych (5%—15%) do pędzlowań. *Spira.*

Siegert. **O epidemii zapalenia mieszkowego migdałków i czasie wylęgania tej choroby.** (*Münchener med. Wochschrift*, 1899. Nr. 47). W czerwcu r. b. zauważył S. w swojej praktyce poliklinicznej nagły przybór przypadków mieszkowego zapalenia migdałków (*angina lacunaris*). Dokładniejsze poszukiwania wykazały, że wszystkie te, jeden po drugim występujące przypadki (28) pochodziły z dwu ognisk, z których każde ograniczało się do gromady sąsiadujących ze sobą domów. Zestawienie wszystkich szczegółów doprowadza S. do wniosku, że zapalenie mieszkowe migdałków jest sprawą zakaźną, bardzo łatwo przenoszącą się z chorych na zdrowych i posiadającą 4 dniowy okres wylęgania. Trzy pierwsze lata życia są nieco mniej odporne na to zakażenie, niż wiek starszy. Należy zawsze ile możności odosabniać chorych na zapalenie mieszkowe gardła, choćby ze względu na to, że sprawa ta wcale nie rzadko może za sobą pociągnąć ropnicę. Rodzeństwo chorych należałoby przyjmować do szkoły dopiero po upływie 5 dni od pojawienia się pierwszego przypadku w rodzinie, oczywiście, jeżeli dalsze przypadki w tym czasie nie wystąpiły. *C.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Crocq zaleca do leczenia rwy kulszowej ichtyol wewnętrznie, w kapsułkach po 0·10, po 6—8 dziennie; zewnętrznie zaś nacieranie 5—6 razy dziennie płynem *Ichtyol 50·0, Glycerin 20·0, Aqu. dest. 30·0.* Z 20 przypadków w ten sposób leczonych udało mu się 14 zupełnie w paru tygodniach wyleczyć. *F. K.*

Mazuschita (*Archiv. f. Hyg.* 35 T., Z. 4) badając zachowanie się bakteryi w polewanym i niepolewanym pyle ulicznym stwierdził, że polewanie ułatwia rozmnażanie się bakteryi, a utrudnia ich zagładę pod działaniem wysuszenia i światła słonecznego. Wyniki te nie dają się jednak zużytkować, jako argument przeciw polewaniu ulic, ponieważ polewanie nie wpływa na pomnożenie się gatunków bakteryi chorobotwórczych, pomnożenie zaś liczby bakteryi wogóle jest wyrównywane przez to, że polewanie zapobiega unoszaniu się pyłu w powietrze. Oczywiście lepszem od polewania byłoby opłókiwanie pyłu ulicznego. *C.*

Mc. Shane stósował w trądziku (*acne rosacea*) 1% rozcz. formaldehydu, wstrzykując w małych odstępach ten przetwór pod skórę nosa po $^1/_2$—1 kropli, na miejscach chorobowo zajętych i wywołując obrzmienie, do pokrzywki podobne. Po 3-miesięcznem leczeniu tym sposobem zmiany zupełnie ustąpiły. (*Deut. Aerztztg.*, 1899. 7). *F. K.*

Haren leczył dwie dziewczyny 17-letnie, cierpiące na mimowolne oddawanie moczu w nocy (*enuresis nocturna*) systematycznem rozszerzaniem pęcherza, przepłókując go coraz większą ilością (200—600 grm.) płynu. Metoda ta, najpierw przez Simsa podana, oddała mu nader dobre usługi w krótkim czasie. (*Boston. m. Journ.* 1899). *F. K.*

Ribiero podaje w zapaleniu pęcherza obok naparów z dodatkiem kw. będźwinowego, następujące proszki: *Salol 10,0 Salipvr. Camph. brom. aa 5,0 Div. in d. XX. S. Co 3 godziny proszek.* (*N. York. m. Journ.* 1899. 24). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 24 listopada 1899 r.

Przewodniczący kol. Gluziński. — Członków obecnych 46.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Bącz przedstawia 2 chorych z rozległą sprawą promieniczą szyi i okolicy krtani, u których zastósował dwa odmienne sposoby leczenia. U jednego leczenie polegało wyłącznie na wstrzykiwaniu jodyny, bez podawania wewnętrznie jodku potasu. W przeciągu 4 miesięcy po 7 wstrzykiwaniach nalewki jodowej i po zużyciu $3^1/_2$ strzykawek weterynaryjnych nastąpiło zupełne wyleczenie. U drugiej chorej ze znacznym naciekiem promieniczym na szyi wykonał najpierw operacyę doszczętną, następnie ranę przyżegał 4 razy energicznie kamieniem piekielnym, a gdy naciek nie ustępował, wstrzyknął 3 razy w ten naciek 20% rozczyn azotanu srebrowego, poczem, pomimo małego nawrotu choroby, nastąpiło trwałe wyleczenie. Razem wstrzyknął kol. B. 7 strzykawek Pravaza 20% rozczynu azotanu srebrowego. Kol. B. już w przypadku swoim promienicy brzusznej, spostrzeganym w czerwcu r. 1891, przypisuje ostateczne trwałe wyleczenie wprowadzaniu energicznemu do przetoki laseczek azotanu srebrowego. Na podstawie tych spostrzeżeń poleca B. wewnętrzne podawanie azotanu srebrowego aż do wystąpienia ogólnej srebrzycy (argyrii) w przypadkach promienicy trzew, promienicy płuc i jamy brzusznej.

Następnie przedstawia kol. B. 2-ch chorych z twardzielą nosa. W jednym przypadku zwykłym twardzieli, spostrzeganym od roku 1893, przywrócił kol. B. drożność nosa przez kilkorazowe stósowanie elektrolizy i uważa elektrolizę jako najprostszy i najpraktyczniejszy sposób do przywrócenia drożności nosa, o czem się przekonał także na drugim podobnym przypadku. Drugi chory był dotknięty postacią bujającą twardzieli, dotąd niespostrzeganą; miękki, łatwo krwawiący obrzęk, wychodzący z muszli średniej i sięgający do jamy nosowo-połykowej, robił wrażenie nowotworu złośliwego. Prócz tego podniebienie twarde i miękkie zajmował guzkowaty naciek, a w łukach podniebiennych i krtani były zmiany charakterystyczne dla twardzieli. Hodowle z tych obrzęków dały obraz typowy dla twardzieli. Ponieważ usunięcie częściowe obrzęku nosowego powodowało bardzo uporczywe krwotoki i nawrót bardzo szybko następował, zdecydował się kol. B. na obustronną resekcyę tętnicy dogłowowej zewnętrznej, jak to polecają Amerykanie, oraz usunięcie następowe obrzęku. Wynik tych zabiegów był o tyle dobrym, że odrastanie jest teraz bardzo wolne, że chory po wykonanej następnie tracheotomii jest znowu

zdolnym do pracy. (Przypadek ten będzie drukiem ogłoszony). (Autoreferat).

W rozprawach czyni kol. Rydygier uwagę, że polecił już dawniej wstrzykiwanie jodku potasu w promienicy; jeden z przypadków, w którym go zastósował, jest dotąd bez nawrotu. Kol. Łukasiewicz zaznacza, że działanie nalewki jodowej, jest inne niż jodku potasu; pierwsza niszczy tkankę, drugi zaś działa resorbcyjnie. Działanie jednak podawanych środków nie jest pewne. Co do azotanu srebrowego, to działania jego nie umie sobie wytłómaczyć. Co do twardzieli nosa, to w tej chorobie leczenie ma na celu sprowadzenie ulgi choremu. Temu celowi odpowiadają ponawiane często wycięcia. Do elektrolizy nie ma zaufania, albowiem nie pozwala ona ocenić, ile przy operacyi usuwamy. Kol. Rydygier wypowiada zdanie, że leczenie twardzieli nosa nie daje wielkich widoków; pomimo podwiązania tętnicy szyjnej bujanie trwa dalej. Podwiązywania mowca nie zaleca, tak samo sposób operowania podawany przez kol. Barącza tylko szpeci nos, a daje ten sam wynik, co wycinanie. Kol. Stachiewicz widzi u drugiego z przedstawionych chorych znacznie lepszy stan, aniżeli przed rokiem, gdy stan był wogóle rozpaczliwy. Kol. Gluziński wspomina operowane przypadki przez Pieniążka, w których przy wielkiej cierpliwości lekarza i chorego widział znaczną poprawę, dlatego jest za operacyą; i w drugim przypadku radzi też wykonać laryngofisurę i zastósować wyskrobanie. Kol. Łukasiewicz podnosi, że nie zna wyleczonego przypadku, dlatego jest zdania, że o radykalnem leczeniu nie można myśleć. Kol. Barącz czyni co do promienicy uwagę, że Gautier już w r. 1891 wyleczył przypadek promienicy skórnej przez elektrochemiczne działanie; wstrzykiwał w obrzęk rozczyn jodku potasowego i przeprowadzał silny prąd galwaniczny w celu rozkładu jodku potasu i zużytkowania przeciwzakaźnego działania jodyny *in statu nascendi*. Działanie jodku potasowego jest zresztą niewytłómaczone; przetwór ten nie jest w stanie wstrzymać w rozwoju hodowle na sztucznych pożywkach, jak to Nocard wykazał: Nettis tłómaczy sobie działanie tego środka w promienicy w ten sposób, że działa on swoiście tylko na tkanki anatomiczne i zwiększa ich odporność. Częsty zawód przy wewnętrznem podawaniu jodku potasowego przy promienicy narządów wewnętrznych usprawiedliwia próby z podawaniem azotanu srebrowego wewnętrznie. Co do twardzieli utrzymuje kol. B., że elektroliza sprowadza w krótszym czasie to samo, co zabiegi chirurgiczne i jej użycie jest wygodniejsze. Co do drugiego przypadku twardzieli w postaci bujającej sądzi, że zabiegi wstępne były usprawiedliwione, gdyż ani krwotoku znacznego nie było przy wyłuszczeniu, ani też tkanka nie buja teraz tak szybko, jak przed operacyą.

II. Kol. Rydygier przedstawia przypadek raka języka, operowany przed 5 laty, bez nawrotu w gruczołach. Chory wymawia wyrazy, acz nie wyraźnie. Obecnie (po 5 l.) stwierdzono w prawym mięśniu sutko-mostko-obojczykowym guz nowotworowy, który prelegent operował.

III. Kol. Rencki przedstawia z kliniki lekarskiej przypadek połowiczego obrażenia rdzenia (Brown-Séquarda).

Stefan Tkacz, parobek 24-letni, pchnięty podczas kłótni dnia 8/XI b. r. scyzorykiem w lewą stronę karku, upadł natychmiast po urazie, przytomności nie stracił. Podnieść się z ziemi sam nie mógł, albowiem utracił zupełnie władzę w kończynie górnej i dolnej prawej; kończyny po stronie lewej miały być tylko osłabione. Po 7-miu dniach zauważył rozpoczynającą się poprawę po stronie prawej ciała.

Przyjęty do kliniki lekarskiej dnia 16/XI, uskarża się na niemożność wykonywania ruchów, głównie wskutek osłabienia prawej kończyny górnej i dolnej. Mocz oddaje prawidłowo, stolec od kilku dni zaparty.

Stan obecny: Mężczyzna silnej budowy ciała; nie gorączkuje. Na karku stwierdzić można po stronie lewej, na wysokości 3-go kręgu szyjnego, w odległości $4^1/_2$ ctm. od wyrostka kolczastego, poprzeczną, 8 mm. długą, świeżą bliznę. Twarz zaczerwieniona, strona prawa twarzy nieco cieplejsza. Szpara powiekowa prawa znacznie węższa niż lewa; podobnie zachowują się i źrenice, które zresztą dobrze oddziałują na światło. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, gałka prawa nieco wgłąb zapadnięta. Dno oka bez zmian. Ruchomość klatki piersiowej upośledzona po str. prawej, oddechów 16 na min.; w płucach, sercu zmian wykazać nie można; tętno silnie napięte, zwolnione, 46 uderzeń na min. Narządy jamy brzusznej prawidłowe.

Chory z trudnością, podpierając się łokciem prawym, może w łóżku usiąść; stanąć nawet podtrzymywany nie zdoła.

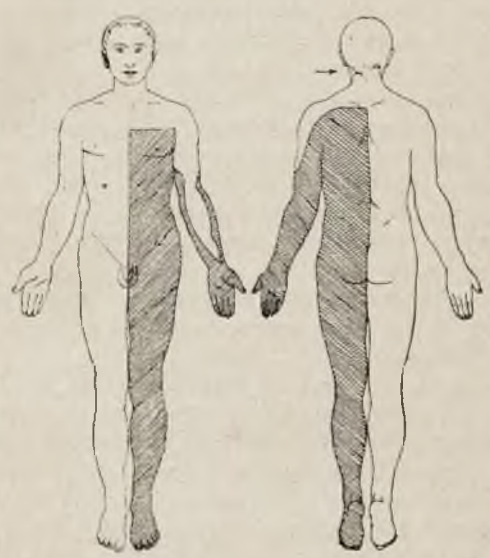
Kończyna górna prawa znacznie słabsza, aniżeli lewa, — lekko zgięta w stawie łokciowym, palce nieco przykurczone. Ruchy czynne w kończynie tej utrzymane (zwłaszcza podnoszenie ku górze); ruchy mięśni wyprostnych daleko słabsze niż zginaczy; najwięcej ucierpiały ruchy palców. Siła ręki prawej oznaczona siłomierzem = 0. Zakładanie prawej kończyny górnej na plecy bardzo utrudnione, łopatka prawa odstaje od klatki piersiowej.

Kończyna górna lewa również słabsza, siła ręki lewej = 30 klgr., ruchy czynne wykonuje chory łatwo. Mięśnie barkowe zmian w sile nie okazują.

Siła kończyn dolnych dobra, prawa nieco słabsza niż lewa. Tak w obu kończynach górnych jak i dolnych stwierdzić można wybitną niezborność ruchów. Odruch kolanowy po stronie prawej zniesiony, po stronie lewej słaby, odruch jądrowy prawy zaznaczony, lewy wyraźny; podobnie zachowują się odruchy brzuszne. Czucie mięśniowe po stronie prawej upośledzone.

Po całej prawej połowie ciała stwierdzić można przeczulicę we wszystkich rodzajach czucia.

Po stronie lewej natomiast zniesienie czucia bólu i ciepłoty, oraz upośledzenie czucia dotyku. Zmiana ta czucia po stronie lewej, jak widać to z ryciny, zajmuje ściśle połowę ciała, i sięga z przodu



do górnego 3-go żebra, z tyłu prawie do grzebienia łopatki, obejmuje kończynę górną lewą z wyjątkiem przedniej powierzchni ramienia i przedramienia, gdzie stwierdzić nawet można przeczulicę czucia bólu. 22/XI. Różnica w szerokości szpar powiekowych i źrenic mniejsza. Chory siada z łatwością, porusza lepiej palcami ręki prawej; bez podtrzymywania może ustać, z zamkniętemi oczami jednak upada; podtrzymywany może chodzić, niezborność ruchów w kończynach dolnych wyraźna. Czucie, jak poprzednio. Tętno 46. 24/XI. Siła ręki prawej = 10 klgr., lewej = 40 klgr. Chodzi bez podpierania się; zmiany w czuciu zmniejszają się; tętno 48; szpary powiekowe obie równo szerokie, źrenice szersze, prawa jednak węższa niż lewa.

Przypadek opisany przedstawia, jak widzimy, dość typowy obraz połowiczego obrażenia rdzenia, mamy bowiem po stronie obrażonej niedowład ruchowy, zmiany naczynioruchowe, ogólną przeczulicę, upośledzenie czucia mięśniowego, objawy niezborności ruchów, wreszcie, z powodu obrażenia części szyjnej rdzenia, porażenie włókien nerwu spółczulnego; po stronie przeciwnej zniesienie lub upośledzenie czucia. Uwzględniając dobrze utrzymaną czynność mięśni barkowych u naszego chorego, musimy przyjąć, że obrażenie rdzenia nastąpiło po str. lewej na wysokości 6-go korzenia. Zupełnie zrozumiałą jest górna granica zmian czuciowych po str. lewej. Zachowaną powierzchnię czucia na przedniej części przedramienia i ramienia zaopatrują gałązki wychodzące z 5-go korzenia. Interesującym jest nasz przypadek z tego względu, że pozornie wystąpiło porażenie nie po stronie urazu, lecz po stronie przeciwnej. Wytłómaczyć jednak możemy to zjawisko tylko w ten sposób, że ostrze scyzoryka, wbite ręką przeciwnika po stronie lewej z przodu i od góry a ku tyłowi, ominęło (może przez odpowiedni ruch karku chorego) stronę lewą rdzenia, a dotknęło prawą. Za tem, że rdzeń pacierzowy w naszym przypadku został obrażony, prze-

mawia przedewszystkiem ogólny ciężki stan chorego tuż po wypadku, a zwłaszcza ta połowiczość zmian w zakresie czucia i ruchu, której nie moglibyśmy sobie tak łatwo wytłómaczyć, n. p. tylko krwotokiem. O ile z dotychczasowego przebiegu wnosić można, obrażenie rdzenia u naszego chorego nie musiało być znaczne, o czem świadczy tak szybka poprawa w stosunkowo dość krótkim czasie. Część zatem objawów u naszego chorego, jak n. p. osłabienie kończyny górnej i dolnej lewej, niezborność ruchów tych kończyn, należy odnieść raczej do następowego krwawienia (*Fernwirkung*). Dziś niepodobna orzec, które z opisanych zboczeń u naszego chorego trwale pozostaną. Sądząc jednak z dość korzystnego przebiegu i widocznej szybkiej poprawy, można względnie dobrze rokować, a nawet spodziewać się zupełnego powrotu do zdrowia [1]).

W rozprawach zabierają głos: kol. Feuerstein, który widział chorego w pierwszych dniach po urazie i stwierdził wówczas daleko większy niedowład w kończynach, zwłaszcza po str. prawej, a chory leżał prawie zupełnie bezwładnie. Szpara powiekowa i źrenica lewa wydawały się być szersze, a gałka oczna nieco ku przodowi wysadzoną. Obrażenie rdzenia nastąpiło, jak sądzi kol. Rencki, po stronie prawej. Dziś widząc chorego można rzeczywiście stwierdzić bardzo znaczną poprawę. Kol. A. Gluziński podnosi znaczne zwolnienie tętna (46—50), którego nie można wytłómaczyć, przyjmując porażenie *nn. accelerantes*, gdyż jak doświadczenia na zwierzętach wykazały, przecięcie ich nie wywołuje zwolnienia tętna. Należy raczej przyjąć podrażnienie nerwu błędnego.

W dyskusyi zabrał głos jeszcze kol. Szulisławski.

Kol. Rencki nie uważa szerszej szpary powiekowej i źrenicy lewej, oraz więcej wystającej ku przodowi gałki ocznej lewej, za objaw patologiczny, lecz zwężenie po str. prawej, czego dowodzi przyjęcie urazu rdzenia w górnej części szyjnej po str. prawej, oraz, że wśród obserwacyi rozszerza się szpara powiekowa i źrenica prawa, a lewa zostają nie zmienione.

IV. Kol. Rencki przedstawia następnie drugi przypadek z kliniki lekarskiej, dotyczący chorego z dusznicą bolesną, leczonego wcieraniami szaruchy.

F. Ł., lat 42, w 12 r. życia przebył zimnicę: przed 6-ciu laty grypę, a przed 20-tu laty wrzód na prąciu, który po 2 tyg. odpowiedniego leczenia zabliźnił się. Zmian kiły drugorzędnej nigdy nie zauważył. Od 4 lat miewa czasami bóle w kończynach dolnych. Od roku doznaje uczucia ściskania w okolicy serca, od czasu do czasu występuje ból zwłaszcza przy ruchach lub przy ułożeniu się na bok lewy. Ból ten rozpromienia się ku barkowi lewemu, a towarzyszy mu od czasu do czasu duszność. Od 3 miesięcy objawy powyższe wzmogły się, a w ostatnich czasach opisany ból, oraz znacznego stopnia duszność chorego nie opuszczają tak, że całe noce siedząc w fotelu, spędza bezsennie. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Chory dobrze odżywiony okazuje bladość skóry, stan bezgorączkowy. Płuca bez zmian. Na szyi wyraźne tętnienie tętnic dogłowowych, wyraźniejsze po str. prawej. Podobnie zachowują się tętnice podobojczykowe i sprychowe. W dołku jarzmowym wyraźne tętnienie. Uderzenie koniuszkowe serca oporne, w 6 przestworze, 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej, ku str. prawej przekracza mostek na 1 ctm.; ku górze zlewa się ze stłumieniem nad mostkiem. Nad tętnicą główną 2 szmery, skurczowy jednak najwyraźniejszy na podstawie mostka, rozkurczowy na mostku, na wysokości 3 żebra. Nad tętnicami dogłowowemi skurczowy szmer. Tętno chybkie (72). Nad tętnicą udową ton, a przy ucisku stetoskopem skurczowy i rozkurczowy szmer. Wątroba, śledziona niepowiększone. Na prąciu blizna wielkości grosza. W moczu białko (1°/₀₀); w osadzie wałeczki ziarniste.

Oddziaływanie źrenic na światło bardzo leniwe. Odruch kolanowy lewy żywszy, prawy słaby. Rozpoznano: *Angina pectoris. Processus atheromatosus aortae. Ectasia aortae. Insuff. vr. semil. aortae. Hypertrophia et dilatatio cordis praecipue sinistri. Atheroma arter. coronar cord. Nephritis arteriosclerotica. Tabes incipiens?*

[1]) 15/XII. Stan chorego poprawia się z dniem każdym: szpary powiekowe obie równo szerokie, źrenice szerokie, prawa jednak jeszcze nieco węższa, łopatka prawa nieco tylko odstaje od klatki piersiowej, siła ręki prawej = 40 klg., ręki lewej = 75 klg. Chód chorego znacznie lepszy, ślady jednak niezborności jeszcze utrzymują się. Odruchy kolanowe wyraźne, żywszy po stronie lewej. W zakresie zmian czucia po stronie lewej b. znaczna poprawa. Tętno silnie napięte 56—58. (Przypisek późniejszy).

Choremu podano: worek lodowy na okolicę serca, pastylki nitroglicerynowe, na noc kodeinę 0.03, a wewnętrznie jodek potasu. Gdy przez pierwszych 10 dni stan chorego nie uległ żadnej poprawie, a chory całe noce spędzał bezsennie, w przypuszczeniu, że sprawa miażdżycowa wobec podejrzenia na przebytą kiłę, mogłaby się na tem tle rozwijać, zastósowano wcierania szaruchy, pozostawiając chorego tylko przy wspomnianej dawce kodeiny. Już po 6-tej wcierce bóle i duszność zmniejszyły się, a chory przynajmniej 2—3 godzin mógł spać. Do dziś dnia wziął chory 14 wcierań, a stan jego poprawił się znacznie. Duszność ustąpiła w zupełności, bóle tylko małego nasilenia rzadko się pojawiają, a chory sypia bez przerwy 6—8 godzin.

Ilość białka w moczu zmniejszyła się do 0.8°/₀₀.

Wynik więc leczenia wcieraniami szaruchy u naszego chorego musimy uważać za nader korzystny, a wynik ten zdaje się potwierdzać nasze przypuszczenia co do tła zmian w naczyniach u względnie młodego człowieka. W podobnym przypadku nawet obecność białka w moczu nie jest przeciwwskazaniem do leczenia rtęcią.

W rozprawach zabrał głos kol. Łukasiewicz, który uważa zmiany w tętnicach za *„endarteriitis“* (zmiany Heubnerowskie) i temu też przypisuje wynik leczenia. Wywiady w takich razach nie mają, zdaniem jego, znaczenia, gdyż zazwyczaj chorzy zaprzeczają przebyciu kiły. U przedstawionego chorego, mimo braku innych objawów, przemawiających za kiłą, przyjąć należy, że on niedawno ją przebył, gdyż zmiany te są kilakowe, za czem przemawia i wynik leczenia rtęcią. Kol A. Gluziński uważa zmiany w tętnicy głównej za następstwo kiły dawnej (przed 10 — 15 laty przebytej). Nie zgodziłby się z tem, jakoby to były zmiany t. z. Heubnerowskie. Podnosi, że zmiany w naczyniach drobnych występują w krótkim czasie po zakażeniu.

Dr. Papée, sekretarz.

VII. Korespondencye.

Warszawa.

Nie ja pierwszy i nie ja ostatni pisać zapewne będę o nadprodukcyi pism lekarskich wśród ubogiego społeczeństwa polskiego. Wydawanie aż 12 pism, specyalnie naukom lekarskim poświęconych, przez społeczeństwo stósunkowo biedne, przez ogół lekarski, który nie daje dowodów, by czytelnictwu zbytnio się oddawał, by sprawy naukowe zbytnio go obchodziły, bądź co bądź stanowi ciekawy objaw, który ściślej analizie powinien być poddany.

Wybujałość pracy, w jakimkolwiek kierunku podjętej, świadczy przedewszystkiem o tem, że pobudki do podjęcia takiej pracy są różnolite, że czynniki uświadomionego celu są wielce złożone. Brak mi zdolności do podjęcia nader trudnej analizy psychologicznej, która by z całą konsekwencyą wyprowadzić mogła drogi, po których kroczyli ci, którzy reformowali dawniej istniejące wydawnictwa lekarskie, chociaż praca ta wydaje mi się jeszcze łatwiejszą w porównaniu z analizą tych czynników, które pchały nowe siły do wydawania nowych wydawnictw lekarskich. Przystępując z obawą do tej pracy, z góry się zastrzedz muszę, że zadaniu nie sprostam. Nie idzie mi jednak o całość obrazu, który musi być odmienny w każdym poszczególnym przypadku, lecz dbać będę o wykazanie wytycznego punktu, który według mego rozumowania, stał się powodem do wydawania w Królestwie polskiem aż 9 pism lekarskich, a z tej liczby 8 wychodzi z pod prasy drukarskiej w samej Warszawie, jedno zaś w Łodzi.

Do podjęcia tej pracy, że tak rzeknę, zobowiązały mnie słowa pewnego lekarza czeskiego, z którym miałem możność niedawno zapoznać się na obczyźnie. Syn pobratymczego nam narodu i wielce nam sprzyjający, osobiście przedstawiający wybitną indywidualność, nie chciał wierzyć przedewszystkiem, że aż 9 pism lekarskich wydajemy i czy to podrażniony w swej dumie narodowej, czy też przez wielką życzliwość, której dowodów miałem sposobność na własnej osobie doświadczyć, dość, że prosił mnie o przedstawienie sobie kilku numerów każdego wydawnictwa.

Szczery sąd kolegi czecha pozwala sobie przytoczyć

w dosłownem niemal brzmieniu: „po przeczytaniu nadesłanych mi zeszytów wydawnictw lekarskich, to jedno mogę powiedzieć, że w oczach moich macie wiele żywotności, której spożytkować nie umiecie. Rozpraszanie drogocennych sił, nieumiejętne wyzyskanie naturalnych zdolności przyprowadzić was musi do dezorganizacyi, której zwiastuny mógłbym i teraz wskazać“. Chociaż smutną swą przepowiednię stara się ów kolega osłodzić w dalszych wierszach listu, to niemniej powyższe słowa głęboko utkwiły w mej duszy.

I pomyślałem sobie, w czem dopatruje się bystry umysł czecha śladów dezorganizacyi. Wszak wszystkie niemal pisma nasze szczerze hołdują wymaganiom etyki, wszak wieje ze stronic tych pism szczera chęć służenia postępom wiedzy, wszak na ogół biorąc nasze wydawnictwa nie są gorsze od przeciętnych wydawnictw niemieckich lub francuskich, a może nawet pod niektórymi względami lepsze. I dalibóg w pierwszej chwili nie chciałem przyznać słuszności wywodom mego korespondenta. Myśl jednak zawarta w orzeczeniu czecha natrętnie mnie prześladowała dotąd, aż nie wpadłem na domysł, który znalazł potwierdzenie w późniejszym liście eskulapa z Pragi. „Ślepe naśladownictwo, jakie widnieje na stronicach waszych tygodniowych i dwutygodniowych wydawnictw, brak oryginalności w układzie numerów, zbywanie czytelników łatwo tłómaczonymi referatami, zasklepianie się w ciasnych ramach niby naukowego traktowania całej sprawy, niesmaczna nieraz krytyka, z której wyziera raczej chęć wykazania, że oponent jest głupi jak stołowe nogi, a nie przedmiotowe ocenienie pracy autora, brak krytycznego poglądu na wiele prac podstawowego znaczenia, i wreszcie dziwne lekceważenie własnych większych prac (a takie być muszą, skoro żywotność w was tkwi) w oczach moich świadczą, że droga, po której dąży piśmiennictwo lekarskie w Warszawie, nie jest dobra“. Dalej następuje mały ustęp *pro domo sua*, z którego widać, że szczery czech ma do nas pretensye, że nie odpowiadamy wymaganiom zwykłej grzeczności i za szczodre streszczenie naszych prac w języku czeskim, nie staramy się zapoznać z wytworem ducha naukowego czeskiego.

Łatwiej krytykować, niż robić, pomyślałem po odczytaniu powyższego ustępu, gdyż nie mogłem się podpisać pod wszystkiemi zarzutami nam czynionymi; nie mniej przyznać sprawiedliwość każe, że to i owo podchwycił czech trafnie. Bo że oryginalności naszym pismom brak, to święta prawda; że jedne i te same referaty z jednych i tych samych źródeł czerpane, zjawiają się czasami na szpaltach tego lub drugiego tygodnika lub dwutygodnika, temu za przeczyć trudno; że referaty są marne i źle ułożone, tak samo negować nie można; że pisma nasze za mało dbają o dostarczanie czytelnikom strawy naukowej o podstawowym kierunku, zgodzić się trudno, a raczej należy uczynić sprostowanie, że być może czynią to nieumiejętnie. Zarzut co do krytyki z idealnego punktu widzenia, może jest słuszny, przez porównanie jednak z podobnemi wypracowaniami przez innych traci na swej jaskrawości. Oddając słuszność bystremu umysłowi kolegi z Pragi, z całą dumą odpisać mu mogłem, że samokrytyka zjawiła się i u nas, o czem świadczy program Sekcyi prasowej na niedoszłym do skutku zjeździe w Poznaniu, który to program, zdaje się, zamierza komitet organizujący przyszły zjazd w całości niemal utrzymać. Skoro raz zamierzamy z całą szczerością wyznać nasze winy nie naśladujmyż, myślę sobie, ciekawej postaci bohatera trylogii, który tchórzostwu wobec Buotaja hołdował, całą zaś bezczelną chełpliwość rozwijał wobec Podbipięty z Mysikiszek, i skoro raz do wyznania błędów popełnionych mamy zamiar przystąpić, zastanówmy się przedewszystkiem nad tą przyczyną, która stworzyła obecne warunki wydawnictwa lekarskiego. Nie ulega, przynajmniej dla mnie, wątpliwości, ze w ostatnich czasach natworzyło się u nas zbyt wiele nowych pism, stosunkowo do potrzeby; nie ulega dalej wątpliwości, że hasła, które poprzedzały narodziny nowego wydawnictwa lekarskiego, tchnęły szerszym poglądem na rzecz; nie ulega wreszcie wątpliwości, że w miarę wczytywania się w treść nowych wydawnictw, pomimo woli przychodziło czytelnikom na myśl proste pytanie: „dla czego pionerzy tych nowych haseł nie odnowili niemi szpalt dawniej istniejących pism?“ Ażali strupieszałość już istniejących organizacyi hamowała przystęp nowym powiewom? Czy też wygórowana ambicya osobista pionierów nowych nie pozwoliła podporządkować porywów rwącej natury pod szerszy interes społeczny? I gdy bieduję nad tem zagadnieniem, czuję całą trudność wynikającą z tak zestawionych pytań, gdyż strupieszałości w dawniej powstałych organizacyach, w ścisłem znaczeniu tego słowa i dotąd niema, z drugiej zaś strony ambicya jednostek, które ujęły redagowanie nowych wydawnictw, jeżeli istnieje, nosi cechy takiego ogromu dobrej wiary, posiada piętno służenia w miarę sił i możności swemu społeczeństwu, że na potępienie zasługiwać nie może. A jednak coś musi być, skoro normalny bieg sprawy jest naruszony. Boć normalnym biegiem nazwać nie można takich warunków, wśród których wybitniejsze jednostki, zamiast odnawiać i poprawiać to, co istniało, wolą obok starego budynku nowy wznosić po to, by nowość prędko zczezła i stare braki dawnej konstrukcyi z każdego węgła wyszczerzały zęby.

Nowa myśl — nowy czyn spowodować musi, głosi zasada. I chociaż na świecie tak mało jest nowych myśli, to nie mniej ujawniający się w naszem piśmienictwie lekarskiem nowy bądź co bądź kierunek (dzięki Bogu, że Lwów nie dał się dotąd porwać nowemu powiewowi), naprowadza mnie na mało uwydatnione pod tym względem pole rozumowań. Zdaniem mojem w licznej rzeszy lekarskiej nie brak nam sił wybitniejszych, którym ciasno obracać się w dotad istniejących szrankach. Wadą jest jednak tych sił, że pod wpływem ambitnych porywów, zamiast żłobić nowe przejścia w dawniej porobionych łożyskach, zbyt pochopnie zrzucają z barków swych trudy powolnego i bardzo owocnego żłobienia i w zarozumiałości swej sądzą, że prędzej potoki własnej myśli w prędko przekopanym kanale do celu poniosą. A kanał, źle dla braku materyału obdwarowany, prędko zamulać się musi, a ta ambicya, która pchała do nowego kopania, tak powszechna, bo ciągle się powtarzająca, nie pozwala przyznać się jednostce, że popełniła ten sam błąd, który popełnili poprzednicy. I jeżeli jest coś odrębnego w tem zjawisku, to chyba to, że ambicyę nowego grabarza nie kołysze do snu piosenka, w której materyalne zwrotki się powtarzają, że wyczerpanie jego pochodzi nie ze zbytku dostatków, nie z pychy, która nie pozwala wybujać nowej latorośli, lub jeżeli ta ostatnia i puści nowe pędy, to pierwsza stara się zabić nowe życie przez przygniatanie jej ciężarem swych konarów, lecz kołacze się jeszcze duch, który da się zachwiać, podnosi jednak bunt w imię tej prawdy, że normalnie rozwijające się społeczeństwo powinno wierzyć w słuszność tego pewnika, że matka natura wyposaża niektórych w większe zdolności, które aklimatyzować starannie należy, nie bacząc na niesmaczne nawet niektóre cechy, które początkowo natury te ujawniać mogą. *Beta.*

Lwów.

„Walą się wiekowe dęby, padając pod brzemieniem czasu; przerzedzają się szeregi starej gwardyi tych dzielnych bojowników o wielkie ideały i hasła. I znowu z widowni naszego publicznego życia znika piękna, zacna i typowa postać sędziwego, blisko 80-letniego starca: Dra Franciszka Hoszarda“.

„Z prawdziwym żalem przychodzi mi zapisać bolesną i żałobną wiadomość o zgonie męża, którego od lat dziecinnych, dzięki osobistym stosunkom, nauczyłem się czcić i szanować, jako przedstawiciela gorących uczuć patryotycznych; szczerego wyznawcę zasad postępowych i demokratycznych, wolnych od wszelkich społecznych uprzedzeń i niechęci; jako wreszcie człowieka złotego serca i rzadkiej prawości charakteru, którego całe długie życie było obywatelską na ró-

żnych posterunkach służbą, podejmowaną zawsze z najczystszymi zamiarami i w najlepszym celu".

Tak pisał publicysta p. Kazimierz Skrzyński, a przejęły i wzruszyły mnie piękne jego słowa — mnie, com również od dzieciństwa nawykł czcić i szanować ś. p. Dra Hoszarda jako patryotę, jako lekarza, jako zacnego niezwykłej prawości człowieka.

Nie tu miejsce rozwodzić się nad społeczną działalnością, nad politycznem znaczeniem tego męża stanu. Pomijam też rok 1848, pomijam powstanie styczniowe, posłowanie do Rady Państwa i takie występy w Sejmie krajowym, jak za wnioskiem Czartoryskiego, wniesionym w obronie ukróconych przez zaprowadzenie bezpośrednich wyborów do Rady Państwa — przywilejów Sejmu. To wszystko i tym podobne sprawy pomijam.

Jako lekarz, w lekarskiem piśmie, o lekarzu i o jego znaczeniu w sprawach sanitarnych, o jego usilnej pracy nad polepszeniem zdrowotności kraju, wspomnieć pragnę i dorzucić słów parę do tych hołdów, które inni gdzieindziej uwili w wawrzynowy wieniec dla zmarłego, dla obywatela w całem wzniosłem tego słowa znaczeniu.

Alma Mater Jagellonica promowała ś. p. Hoszarda na doktora medycyny dnia 28 lipca 1849 roku. Z dyplomem powrócił w rodzinne swe strony, a zarówno w Bochni, jak w Szczawnicy, gdzie latem pracował jako lekarz kąpielowy, cieszył on się tem bezgranicznem zaufaniem swych chorych, które zdobyć potrafi jedynie lekarz z bożej łaski, człowiek, co i umysłem w zawodzie swoim niezwykle jest biegły i do powierzonych jego pieczy chorych bez przymusu sercem wrażliwem się dostraja, a wyposażony wielką siłą fizyczną i niespożytą energią znieść potrafi trudy rozległej prowincyonalnej praktyki. Czas zwykł szybko zacierać ślady takich cichych, niezmordowanych szermierzy. Nie wątpię jednak, że i dziś jeszcze znajdzie się niemało ludzi, którzy jak ja pamiętają, z jakiem uwielbieniem mówili ich ojcowie o Hoszardzie, jako o swym lekarzu.

Zresztą tu i tak nabyte zaufanie wysunęło zmarłego na szerszą widownię, dało mu możność pracowania dalej z tą samą wytrwałością i tem samem zaparciem się dla całego kraju, a tam już trwałe w sprawozdaniach sejmowych mamy dokumenty.

Wybrany w roku 1867 posłem na Sejm krajowy z mniejszych posiadłości okręgu bocheńskiego, gdy petycya z roku 1868 o zniesienie zastarzałej już i obniżającej poziom stanu lekarskiego instytucyi, szkoły medyczno-chirurgicznej lwowskiej, minęła bez wrażenia, stawia w roku 1869 swój własny wniosek w tej sprawie.

Potem już na każdej sesyi sprawy zdrowotne mają w śp. Hoszardzie jednego z najdzielniejszych i najwytrwalszych szermierzy. Od 1870 roku pracuje on już stale w komisyi szpitalnej, a w tymże roku, za jego namową, wnosi ks. Król wniosek o reasumowanie uchwalonej w roku 1868 ustawy, której §. 1 stanowi, że gminy mają obowiązek zwracania Wydziałowi krajowemu połowy kosztów za leczenie i utrzymanie w szpitalach powszechnych — przynależnych do nich chorych[1]). A ów wniosek księdza Króla o rozłożeniu kosztów na cały kraj, wniosek, za którym walczy Hoszard w komisyi przeciw takim powagom jak Kraiński, Krzeczunowicz, Wężyk, mając zrazu jedynego tylko sprzymierzeńca w Euzebiuszu Czerkawskim — rok rocznie upadający i rok rocznie na nowo stawiany — przyjęto dopiero w roku 1874, kiedy Hoszard pozyskał dlań wreszcie większość komisyi i na plenarnem posiedzeniu już imieniem tejże większości rzecz zreferował.

Nie brak go w walce o przeniesienie nadzoru nad szpitalami powszechnymi z rąk Rządu w ręce władzy krajowej, a w roku 1871 referuje z dobrym skutkiem etaty służby lekarskiej w szpitalach lwowskim i krakowskim, — przeprowadza wniosek o ustanowieniu inspektora szpitali.

W roku 1873 za jego sprawą zniesiono zakaz przyjmowania żydów do szpitala lwowskiego.

W roku 1875 referuje statuty dla krajowego szpitala dla obłąkanych w Kulparkowie i dla szpitala powszechnego we Lwowie, nadto uchwałę o emeryturze dla zajętych tam funkcyonaryuszów.

Musiano też wysoko cenić tę siłę roboczą, kiedy już w roku 1875 spotyka go poufna propozycya Wydziału krajowego o przyjęcie nietyle godności, co ciężaru zostania członkiem tegoż Wydziału. Zrazu, ze względu na mandat do Rady Państwa, propozycyi tej nie przyjmuje. Niemniej przecież w roku 1877, powołany wyborem całego Sejmu na wspomniane stanowisko, składa tamten mandat w ręce wyborców i do ciężkiej zaprzęga się pracy.

Czy zaś do powierzonego stanowiska dorósł, czy położonemu weń zaufaniu godnie odpowiedział, najlepiej świadczy o tem fakt, że nietylko przy następnych wyborach w roku 1883 — ponownie z całego Sejmu wybieranego, jednogłośnie go na to stanowisko powołano, ale że mu i w następnych kadencyach, w roku 1889 i 1895, nie pozwolono ze stanowiska tego ustąpić.

Dobry kolega, członek Towarzystwa lekarzy galicyjskich od jego zawiązku, bo od roku 1868, widocznie niemało miru posiadał i w sferach lekarskich, kiedy go we wspomnianem Towarzystwie z zastępcy przewodniczącego powołano na prezesa, którą to godność w latach 1883 i 1874 piastował.

Czasy, w których śp. Hoszard wszedł na arenę publiczną, to czasy najzawziętszych walk władz autonomicznych z władzami rządowemi o zdobycie przewagi we władzy, a o usunięcie się od ponoszenia ciężarów. W owe czasy, w dziale spraw sanitarnych, odebrano, jak wspomniałem, z rąk Rządu zarząd szpitalami, utrzymywanymi kosztem kraju. W owe czasy niezmordowanie podnoszono na każdej sesyi sprawę kosztów za ochronne szczepienie ospy, którem Rząd kierował, a za które kraj płacił. W owe też czasy w r. 1873 odrzucono przedłożenie Rządu o organizacyi służby zdrowia w kraju, żądające uchwalenia ustawy, by każda gmina była obowiązaną utrzymywać lekarza gminnego, akuszerkę i szpitalik.

Zasadniczo władze autonomiczne nie musiały być przeciwnemi zorganizowaniu służby zdrowia, kiedy już w latach 1865 i 66, poseł Lipczyński stawiał wnioski o policyi zdrowia dla wsi i małych miasteczek, a Sejm brał je pod obrady i tylko ze względu na trudności, jakie w tym kierunku napotykał, wnioski te do czasów szczęśliwszych odkładał.

Nie dziw też, że uwzględniając te same trudności, trudności przedewszystkiem finansowe, śp. Hoszard, referując owe przedłożenie rządowe, spowodował uchwałę:

I. Przejście do porządku dziennego nad wnioskiem rządowym.

II. Zasadami do uwzględnienia przy ułożeniu innego projektu mają być:

a) okręgi zdrowotne winny obejmować około 15.000 mieszkańców;

b) w urządzeniu służby zdrowia mają być objęte i obszary dworskie;

c) skarb państwa powinien się przyczyniać do utrzymywania służby zdrowia w gminach.

Wszakże chociaż sprawa ta stała się dopiero po latach blisko dwudziestu ciałem, chociaż w r. 1890 uchwalono ustawę bez porównania oględniejszą i kierującą się poniekąd postawionemi wówczas przez Hoszarda zasadami, to jeszcze poprawione już nawet znacznie stosunki kraju nie pozwoliły jej należycie się rozwinąć, bo i sił lekarskich chętnych do obejmowania okręgówek braknie, i chętnym znowu przy dotychczasowem tych posad unormowaniu, wyżyć na nich trudno.

Drugim prądem, nurtującym w owe czasy, była chęć wytężenia wszystkich sił kraju w kierunku oświaty i prze-

[1]) Jakie znaczenie miała ta ustawa najlepiej to wyjaśni fakt, że choć ona zaledwie sześć lat obowiązywała, to jeszcze w dwadzieścia lat po jej zniesieniu w r. 1895 gminy spłacały Wydziałowi krajowemu długi zaciągnięte wobec niego z tego tytułu.

mysłu, a zaprowadzenie jaknajwiększych oszczędności w kierunku rzekomo tak nieprodukcyjnym, jak troska o zdrowie ludności. Pamiętnemi też dotąd namiętne walki, jakie w owe czasy staczał o to Hoszard ze znakomitym posłem, późniejszym marszałkiem krajowym, śp. Zyblikiewiczem. Ale nie dziw, że i Hoszard poszedł poniekąd za tym prądem i na stanowisku krajowego referenta sanitarnego w pierwszej linii starał się o zaprowadzenie oszczędności i ładu w mocno zaniedbanem gospodarstwie szpitali powszechnych. Nie dziw i nie szkoda, jeżeli wynikiem tych usiłowań było to, że gdy w r. 1888 leczono w samych prowincyonalnych szpitalach o 14.115 (25.140) chorych więcej niż w roku 1878 (11 025), wtedy gdy śp. Hoszard kierunek tych spraw obejmował, to koszt leczenia ubogich chorych wzrósł w tym czasie zaledwie o 9.330 złr. ponad 210.237 złr. wydanych w tymże celu w r. 1878, a równocześnie i śmiertelność w szpitalach się zmniejszyła i zaufania do nich nie mało u ludności przybyło.

Wolno też było komisyi lustracyjnej z r. 1883 — z czasu, gdzie źle pojęta humanitarność t. zw. opinii publicznej gwałtowne podniosła zarzuty przeciw marszałkowi Zyblikiewiczowi i referentowi sanitarnemu Hoszardowi, 'podówczas już ręka w rękę idącym, za przeprowadzenie zasady, że szpitale nie są i nie mogą być schroniskami dla kalek i nieuleczalnie a przewlekle chorych, że dla nich kosztem ofiarności publicznej odrębne powstać winny zakłady, — wolno było, powtarzam, tej komisyi gwałtowne owe zarzuty energicznie odeprzeć. Takie bowiem pojęcie szpitali jedynie odpowiada i celowi tych zakładów i znaczeniu ich w gospodarstwie krajowem, a takie ich postawienie ich reformatorom tylko zaszczyt przynosi.

Przysłowiową stała się oszczędność śp. Hoszarda, która sprawiła, że mimo tak niezmiernego rozwoju w dziale sanitarnym, jaki przedstawiają różnice tych stosunków w kraju naszym między rokiem 1878, w którym on kierownictwo departamentu sanitarnego obejmował, a rokiem 1895 — wydatki sanitarne podniosły się w tymże czasie zaledwie o 345.724 złr, (z 806.950 na 1,152 674 złr.). Przysłowiowa owa oszczędność, zapewniła Hoszardowi to zaufanie Sejmu, że gdy on jakiś wydatek za konieczny uznał, nikt jego zapewnieniu oponować nie śmiał. Nie zawsze jednak śp. Hoszard tak bardzo bywał oszczędnym. Za jego czasów przybyło krajowi wiele nowych szpitali, a o dawniejszych śmiało rzec można, że z gruzów się dźwignęły [2]). Nie można też powiedzieć, by szczędził zbytnio tam, gdzie szło o zapewnienie krajowi przybytku nowych, a należycie wykształconych lekarzy. Świadczą o tem kliniki lekarskie krakowskie, bo do podniesienia się ich kraj za czasów Hoszarda nie małymi przyczynił się wysiłkami. Za jego też działalności przeszła nazbyt może ze strony kraju liberalna i tylko usilnem pragnieniem przyspieszenia sprawy dająca się tłómaczyć ugoda z rządem o zaprowadzenie Wydziału lekarskiego na lwowskiej wszechnicy. Sprawa to dobrze dostała, bo już w 1873 r. wnioskiem posła Czerkawskiego w Sejmie podniesiona, a później aż do uprzykrzenia powtarzana.

Chętnie też powiększał ś. p. Hoszard, w miarę rzeczywistej potrzeby i możności kraju, liczbę funkcyonaryuszów szpitalnych i przeprowadzał w budżecie lepsze, o ile się to dało, ich wyposażenie, bo czuł i rozumiał dobrze, że tylko przy odpowiedniej liczbie i dostatecznem ich unormowaniu szpitale skutecznie dla dobra kraju pracować mogą.

Szkicuję zaledwie i nie zebrałem wszystkiego nawet w tym dziale, który sobie zakreśliłem, bo dat mi braknie, bo szukać mi ich trudno Ale czyż i tego niedosyć, by wypełnić życie, a zyskać uznanie i wdzięczność; by mieć prawo do pamięci u potomnych i stanąć w szeregu dobrze zasłużonych?

Zdala od rodzinnego zakątka, z którym go zawsze serdeczne nici wiązały, zdala od grobów swych ojców i swych dzieci, od grobów, o których z głębokiem uczuciem w jednej ze swych mów wspomina, — legł na cmentarzu lwowskim ten niewielki wzrostem człowiek, w którym moje oczy od dzieciństwa wielkiego męża widziały. *Sit Ei terra levis.*

Uhma.

²) Od r. 1878 przybyło krajowi nowych zupełnie szpitali cztery; jedenaście z istniejących poprzód z gruntu odbudowano; (pięć) wydalniej rozszerzono; w szesnastu postarano się o odrębne oddziały dla chorych na choroby zakaźne. Leży zaś przedemną jeszcze jedno sprawozdanie Wydziału krajowego imieniem ś. p. Hoszarda podpisane, a na tegoroczną sesyą sejmową przygotowane. które domaga się odnowienia z gruntu szpitali w Samborze i Nowym Sączu. rozszerzenie dwu innych, a wreszcie postarania się o odrębne oddziały dla chorych na choroby zakaźne w tej reszcie szpitali, w których dotąd takich oddziałów brakuje.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska w Krakowie.

Prezydyum Izby lekarskiej w Krakowie podaje niniejszem do wiadomości P. T. Kolegów, co następuje:

1) W myśl uchwały zebrania Izby z dnia 30 grudnia 1899 r. opłata na rzecz Izby w r. 1900 wynosi 4 złr., zaś dodatek na fundusz wsparcia podupadłych lekarzy lub wdów i sierót po nich 2 złr.; w łącznej kwocie 6 złr. (sześć złr).

2) Powyższą kwotę (6 złr.) należy uiścić do kasy Izby jednorazowo w ciągu I. kwartału 1900 roku.

Po upływie tego terminu lekarzom, którzy opłaty w tym czasie nie wniosą, zostaną przesłane zlecenia pocztowe (na 6 złr. z dodatkiem 30 cnt. za koszta pocztowe).

Od lekarzy, którzy zlecenia nie przyjmą, opłata zostanie ściągniętą w drodze egzekucyi za pośrednictwem c. k. władz administracyjnych.

3) Do uiszczenia opłat za rok 1900 nie będą wzywani lekarze, którzy w tymże roku dyplom doktorski otrzymają; lekarze promowani w roku 1898 i 1899 mogą być uwolnieni od opłaty tylko w razie, jeżeli w ciągu I. kwartału 1900 r. wniosą do Izby podania o uwolnienie od niej, wraz z wierzytelnymi dowodami, że są bezpłatnymi funcyonaryuszami przy zakładach naukowych, klinikach uniwersyteckich lub w szpitalach.

Lekarze starsi mogą być od opłaty uwolnieni w razie udowodnionego ubóstwa (nb. również po wniesieniu odnośnego podania).

Podania o uwolnienie, wniesione do Izby lekarskiej po I. kwartale 1900 roku, nie będą uwzględnione.

Dr. Józef Łazarski, Prezydent Izby lekarskiej.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 stycznia.

* *Otrzymujemy następujący komunikat*:

»Pięciowiekowy jubileusz Uniwersytetu Jagiellońskiego obchodzony będzie uroczyście w Krakowie w czerwcu b. r. Na tę chwilę przygotowuje się szereg darów honorowych, pamiątek, publikacyj i objawów czci dla prastarej Szkoły, która w dziejach nauki i kultury w Polsce niezmiernie doniosłą odegrała rolę i od średnich wieków do dnia dzisiejszego nieprzerwanem pasmem lat istnieje pełna żywotności. Dnia 6 b. m. odbyła się w Krakowie poufna narada zastępu b. uczniów Uniwersytetu Krakowskiego wszystkich Wydziałów, zaszczyconych stopniem jego doktorskim

W zebraniu udział wzięło także grono osób, umyślnie przybyłych ze Lwowa. Przewodniczył J. E. Hr. Kazimierz Badeni. Zapadła uchwała, żeby starać się o korporacyjny udział doktorów w uroczystości Jubileuszowej i wystąpić ze zbiorowym doktorskim darem honorowym.

W tym celu rozesłaną zostanie odezwa do wszystkich po kraju rozproszonych doktorów wszelkich wydziałów i zawodów. Rozesłanie

odezwy, zbieranie wkładek i przeprowadzenie wogóle uchwał zebrania złożono w ręce Komitetu wykonawczego, do którego wybrani zostali: PP. Dr. Doboszyński Adam, Dr. Kwaśnicki August, Dr. Kwiatkowski Stanisław, Dr. Morelowski Julian, Dr. Muczkowski Józef, Dr. Paszkowski Franciszek, Dr. Hr. Potocki Andrzej, ks. Dr. Świderski Franciszek, Dr. Tomkowicz Stanisław i Dr. Benis Artur.

* Komitet polski XIII międzynarodowego Kongresu lekarskiego zawiadamia, że lekarze polacy, stale mieszkający w Paryżu, pragnąc ułatwić zadanie głównemu polskiemu Komitetowi tego Kongresu, zawiązali w Paryżu miejscowy »Komitet informacyjny«, którego zadanie sama nazwa należycie określa.

Adres »Komitetu informacyjnego« jest następujący: *Dr. Boleslas Motz. Paris. Clinique du Prof. Guyon, Hôpital Necker.*

* D. 9 b. m. odbył się w auli *Collegii novi* obchód jubileuszowy 25-letniej działalności nauczycielskiej prof. Ed. Korczyńskiego. W uroczystości tej wzięli udział przedstawiciele obu uniwersytetów galicyjskich, obu Wydziałów i obu Towarzystw lekarskich, liczne stowarzyszenia i instytucye lekarskie, przedstawiciele władz krajowych, lekarze miejscowi i zamiejscowi, publiczność i młodzież uniwersytecka. Przemawiali: prof. Obrzut ze Lwowa imieniem b. uczniów, którzy złożyli jubilatowi w darze portret pędzla Krzesza; następnie rektor U. J. prof. Tarnowski — imieniem Uniwersytetu; dziekan Wydziału lekarskiego U. J. prof. Jakubowski — imieniem Wydziału lek. U. J.; prorektor Uniw. lwowskiego, prof. Kadyi — imieniem Wydziału lekar. Uniw. lwowskiego; prof. dr. A. Gluziński — imieniem b. asystentów i uczniów jubilata, przyczem wręczył mu w darze wspaniałe wydanie książki pamiątkowej, zawierającej kilkadziesiąt prac naukowych, pióra b. jego uczniów. Dr. Uhma przemawiał imieniem Towarz. lek. galicyjskich; prof. dr. Pieniążek — imieniem Towarz. lek. krak. Dr. Maleszewski odczytał adres grona lekarzy, należących do wydawnictwa tygodnika *Medycyna*; dr. Kwiatkowski przemawiał imieniem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekar. polskich; dr. Pisek — imieniem polikliniki lwowskiej; p. Karol Rząca odczytał adres wystósowany do jubilata przez przemysłowców i aptekarzy; dr. Kędzior przemawiał imieniem obecnych asystentów i współpracowników jubilata, przyczem wręczył mu jubileuszowy egzemplarz *Przeglądu lekarskiego*; wreszcie imieniem uczniów obecnych przemawiał p. Cetnarowski. Szereg przemówień zakończył jubilat dłuższą i pełną znaczenia mową.

Wieczorem odbył się w wielkiej sali Hotelu Saskiego bankiet wśród uroczystego nastroju i również jak rano licznych przemówień. Znaczny udział w uroczystości lekarzy lwowskich i z prowincyi dodawał obchodowi jubileuszowemu doniosłości i znaczenia.

* Towarzystwo lekarskie wileńskie, oraz Towarzystwo lekarskie lubelskie mianowały jubilata, prof. Ed. Korczyńskiego, swym członkiem honorowym.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem wybrano członkiem Towarzystwa dra J. Bednarskiego z Alwerni, poczem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę ze swej czynności w ciągu roku 1899.

* Prezesem Towarz. lekar. warszawskiego wybrany został dr. Stanisław Markiewicz, wiceprezesem dr. Henryk Nussbaum, sekretarzem dr. Łogucki.

* Towarzystwo lekarskie wileńskie wybrało na rok 1900 prezesem dra Wojnicza, wiceprezesem dra Zahorskiego, sekretarzami drów: Czarkowskiego i Świeżyńskiego.

* W artykule, poświęconym od Redakcyi jubileuszowi prof. Ed. Korczyńskiego, w ustępie o zastępcach kierownika kliniki lekarskiej po śmierci ś. p. prof. Gilewskiego, opuszczono nazwisko profesora Stanisława Pareńskiego, który wykładał od 15 czerwca 1871 do 1 kwietnia 1873 roku.

* W budżecie, uchwalonym w d. 27 z. m., wstawiono następujące pozycye: na ulepszenia w zakładach Wydziałów lekarskich w Galicyi dla Lwowa 110,000 koron, dla Krakowa 140,000 koron.

* *Wiener Abendpost* donosi, że nowe rozporządzenie, dotyczące egzaminów na Wydziałach lekar. w Austryi, zacznie obowiązywać dopiero tych kandydatów, którzy się wpiszą na medycynę w przyszłem półroczu zimowem.

* Drugi Kongres balneologów austryackich, który ma się odbyć w pierwszych dniach miesiąca kwietnia, zbierze się w Raguzie (31/III i 1/IV), a następnie w Ilidże (Bośnia) 5-go kwietnia.

* Prof. Schenk, autor książki »O dowolnem oznaczaniu płci« rozpoczął przymusowy i nieograniczony urlop, który jest wstępem do spensyonowania. Chociaż dzienniki uporczywie twierdzą, że przyczyną tego postanowienia ministra oświaty ma być wydanie wyżej przytoczonej książki, to jednak jest to stanowczo nieprawdopodobne, gdyż książka ta zawiera tylko rzeczy już znane, od dawna przez hodowców amerykańskich stósowane. Prawdopodobnie dopatrzono winy w czynności Schenka przed wydaniem książki, w okresie zwiastowanej tajemniczej teoryi.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Bulikowski Stanisław otrzymał tytuł Radcy cesarskiego. Prof. nadzwycz. otyatryi w Gradcu, dr. Habermann, mianowany został prof. zwyczajnym. Profesowie nadzwyczajni Uniw. warszawskiego: Kudrewecki i Muchin mianowani są prof. zwyczajnymi. Dr. Kolle, asystent w cesar. urzędzie zdrowia w Berlinie, otrzymał tytuł profesorski.

Nekrologia. Dr. Wacław Stępiński — zmarł w Warszawie. Sir John Paget znakomity patolog — zmarł w Londynie w 85 roku życia. Dr. J. Paetsch, profesor dentystyki, zmarł w Berlinie. Dr. Thorne-Thorne, jeden z najzasłużeńszych lekarzy około zdrowia publicznego w Anglii, zmarł w 58 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Postępie okulistycznym* (Grudzień): Dra Majewskiego K.: Opatrunek Wolffberga po operacyach ocznych (dok.). Prof. Wicherkiewicza B.: Przypadek zapalenia błoniastego u osoby dorosłej. (Spostrzeżenie kliniczne). W *Medycynie* Nr. 1: Sadowskiego: Prof. Ed. Sas-Korczyński (rys biograficzny). Kozickiego L.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej. W *Zdrowiu* Nr. 171: Dra Korybut-Daszkiewicza: Co zrobić w sprawie poprawienia pomocy akuszeryjnej na wsi? Prof. Skworcowa: Teorya dynamiczna i zastósowanie jej do życia i zdrowia (dok.). Dra Polaka J.: Szpitalnictwo warszawskie. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 1: Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (*Exophthalmos pulsans*). Dra Ciąglińskiego A.: Z patologii komórki nerwowej. Dra Mundsztuka Z.: Kilka słów w kwestyi przyczynowości drgawek porodowych. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 1: Wrzoska A.: O etyce zawodu lekarskiego. Dra Rzętkowskiego: Kilka słów w sprawie praktycznego kształcenia studentów medycyny. Dra Grodeckiego F.: Co mówią cyfry w sprawie bytu lekarzy? Strzemińskiego J.: Epidemia duru wysypkowego na Litwie w r. 1812—1813. Dr. Peszke: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem.

Administracya uprasza o spieszne nadsyłanie przedpłaty najlepiej wprost (Kraków, Podwale 9), która wynosi: w Austryi 8 złr. 80 ct., w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem 7 rubli, w Niemczech 14 marek, we Francyi 24 franki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 17 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Witkowskiego* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) Dr. Ksawery Gałęzowski, jako gość, wygłosi wykład, poczem 2) kol. prof. Browicz mówić będzie: O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych włoskowatych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**